

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO
11473 Razão Social
Mercearia Molejo LtdaEnd. **Rua Sebastian Bach, 342 Parte**CEP **8485.10**CNPJ **02.077.722/0001-70** CNAE **47.12-1** Grau de Risco **2** Tipo de Exame
DemissionalNome do Funcionário **Amanda Reni Santos** RG
33.195.595CTPS **06800** Série **0026 AL** CBO **4110.05** Função **Auxiliar Administrativo**Atividade Laborativa **Executam serviços de apoio nas áreas de recursos humanos, administração, finanças e logística;
atendem fornecedores e clientes,**Classificação da Atividade **N/H**Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:**
Ergonômico**Riscos Específicos:**
Postura inadequada**Exames Realizados:**
Clínico NormalAtesto para os fins do artigo 168 da lei 6.514/77 e port. 3.214/78 SSMT Nº24 de 29/12/94 e despacho SSMT nº8 de 01/10/96, NR7 - PCMSO, que: o funcionário como acima qualificado, encontra-se **APTO** mediante ter sido aprovado nos exames físicos e psicológicos.**Data de Realização:** 07/08/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11473 Razão Social
Mercearia Molejo LtdaEnd. **Rua Sebastian Bach, 342 Parte**CEP **8485.10**CNPJ 02.077.722/0001-70 CNAE 47.12-1 Grau de Risco 2 Tipo de Exame
DemissionalNome do Funcionário Amanda Reni Santos RG
33.195.595CTPS 06800 Série 0026 AL CBO 4110.05 Função **Auxiliar Administrativo**Atividade Laborativa **Executam serviços de apoio nas áreas de recursos humanos, administração, finanças e logística; atendem fornecedores e clientes,**Classificação da Atividade **N/H**Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:**
Ergonômico**Riscos Específicos:**
Postura inadequada**Exames Realizados:**
Clínico NormalAtesto para os fins do artigo 168 da lei 6.514/77 e port. 3.214/78 SSMT Nº24 de 29/12/94 e despacho SSMT nº8 de 01/10/96, NR7 - PCMSO, que: o funcionário como acima qualificado, encontra-se **APTO** mediante ter sido aprovado nos exames físicos e psicológicos.**Data de Realização:** 07/08/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Mercearia Molejo Ltda**CNPJ:** 02.077.722/0001-70**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 07/08/2017**Período de Cobrança:** 07/08/2017

Natureza dos Serviços	Nº de ASO	Cód. Usuário	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Atestado de Saúde Ocupacional - ASO	1		35,00	35,00
Total a Pagar**				R\$ 35,00