

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11501 Razão Social **Hortigranjeiros Paz Do Senhor Sociedade Empresaria Ltda - Me**End. **R Atilio Parim 293 Jardim America**CEP **21.240-170**CNPJ **20.936.368/0001-73** CNAE **47.24-5** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **Kamile Cristina da Silva** RG **27.866.105-3**CTPS **2509456** Série **0050 RJ** CBO **4211.25** Função **Operadora de Caixa**Atividade Laborativa **Recebem valores de vendas de produtos e serviços;**Classificação da Atividade **N/H**Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:**
Ergonômico**Riscos Específicos:**
Postura inadequada**Exames Realizados:**
Clínico Normal

Atesto 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: 22/08/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11501 Razão Social **Hortigranjeiros Paz Do Senhor Sociedade Empresaria Ltda - Me**End. **R Atilio Parim 293 Jardim America**CEP **21.240-170**CNPJ **20.936.368/0001-73** CNAE **47.24-5** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **Kamile Cristina da Silva** RG **27.866.105-3**CTPS **2509456** Série **0050 RJ** CBO **4211.25** Função **Operadora de Caixa**Atividade Laborativa **Recebem valores de vendas de produtos e serviços;**Classificação da Atividade **N/H**Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:**
Ergonômico**Riscos Específicos:**
Postura inadequada**Exames Realizados:**
Clínico Normal

Atesto 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: 22/08/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Hortigranjeiros Paz Do Senhor Sociedade Empresaria Ltda
- Me**CNPJ:** 20.936.368/0001-73**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 22/08/2017**Período de Cobrança:** 22/08/2017

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