

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12219 Razão Social **Franjo Comercio de Cama Mesa e Banho Ltda**

End. **Rua Rodolfo Chambelland 145 Jardim America**CEP **21240-300**

CNPJ 00.183.849/0001-48 CNAE 47.55-5 Grau de Risco 1 Tipo de Exame **Admissional**

Nome do Funcionário **Fernanda de Souza Alencar** RG 27.811.440-0

CTPS Série CBO 1423.20 Função **Gerente de Vendas**

Atividade Laborativa **Elaboram Planos Estratégicos das Áreas de Comercialização, Marketing e Comunicação Para Empresas**

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: 26/07/2018

Assinatura do Examinado

Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12219 Razão Social **Franjo Comercio de Cama Mesa e Banho Ltda**End. **Rua Rodolfo Chambelland 145 Jardim America**CEP **21240-300**CNPJ **00.183.849/0001-48** CNAE **47.55-5** Grau de Risco **1** Tipo de Exame **Admissional**Nome do Funcionário **Fernanda de Souza Alencar** RG **27.811.440-0**CTPS Série CBO **1423.20** Função **Gerente de Vendas**Atividade Laborativa **Elaboram Planos Estratégicos das Áreas de Comercialização, Marketing e Comunicação Para Empresas**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: 26/07/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Franjo Comercio de Cama Mesa e Banho Ltda**CNPJ:** 00.183.849/0001-48**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 26/07/2018**Período de Cobrança:** 26/07/2018

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