

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11433 Lecoite Comercio de Acessórios.End. **Avenida Dom Heder Camara 5644 Sala 1012**CEP **20771-034**

CNPJ	CNAE	Grau de Risco	Tipo de Exame
27.810.230/0001-72	47.81-4	1	Admissional

Nome do Funcionário	RG
Rafaela Silva Roriz Oliveira	26.662.817-1

CTPS **4214760** Série **0050 RJ** CBO **5211.10** Função **Vendedora**Atividade Laborativa **Vendem mercadorias em estabelecimentos do comércio varejista ou atacadista, auxiliando os clientes na escolha.**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: 14/07/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11433 Lecoite Comercio de Acessórios.End. **Avenida Dom Heder Camara 5644 Sala 1012**CEP **20771-034**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
27.810.230/0001-72 47.81-4 1 AdmissionalNome do Funcionário RG
Rafaela Silva Roriz Oliveira 26.662.817-1CTPS **4214760** Série **0050 RJ** CBO **5211.10** Função **Vendedora**Atividade Laborativa **Vendem mercadorias em estabelecimentos do comércio varejista ou atacadista, auxiliando os clientes na escolha.**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:** 14/07/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Lecoite Comercio de Acessórios.**CNPJ:** 27.810.230/0001-72**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 14/07/2017**Período de Cobrança:** 14/07/2017

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