

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11975 Razão Social **Krf Comercio de Moveis e Decoracoes Eireli - me**End. **Av. Abilio Augusto Tavora 1111 Nova Iguaçu**CEP **26.260-045**CNPJ **24.617.239/0001-73** CNAE **47.54-7** Grau de Risco **1** Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **Eunice Raulino de Oliveira** RG **06.810.573-3**CTPS **64403** Série **025** CBO **4110.30** Função **Assistente de Departamento Pessoal**Atividade Laborativa **Executam serviços de apoio nas áreas de recursos humanos,**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: 23/03/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11975 Razão Social **Krf Comercio de Moveis e Decoracoes Eireli - me**End. **Av. Abilio Augusto Tavora 1111 Nova Iguaçu**CEP **26.260-045**CNPJ **24.617.239/0001-73** CNAE **47.54-7** Grau de Risco **1** Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **Eunice Raulino de Oliveira** RG **06.810.573-3**CTPS **64403** Série **025** CBO **4110.30** Função **Assistente de Departamento Pessoal**Atividade Laborativa **Executam serviços de apoio nas áreas de recursos humanos,**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: 23/03/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Krf Comercio de Moveis e Decoracoes Eireli - me**CNPJ:** 24.617.239/0001-73**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 23/03/2018**Período de Cobrança:** 23/03/2018

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