

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
12713 Krc Distribuidora de Frutas e Legumes EireleEnd. **Rua Gregório de Matos, 456 Jardim América**CEP **21240-670**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
31.055.005/0001-45 46.33-8 2 DemissionalNome do Funcionário RG
Fábio de Souza 27.341.808-7CTPS **58124** Série **176** CBO **7832.25** Função **Ajudante**Atividade Laborativa **Preparam Cargas e Descargas de Mercadorias;**Classificação da Atividade **N/H** Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:****Físico
Ergonômico****Riscos Especificados:****Ruídos
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: 03/05/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
12713 Krc Distribuidora de Frutas e Legumes Eirele

End. **Rua Gregório de Matos, 456 Jardim América**CEP **21240-670**

CNPJ	CNAE	Grau de Risco	Tipo de Exame
31.055.005/0001-45	46.33-8	2	Demissional

Nome do Funcionário	RG
Fábio de Souza	27.341.808-7

CTPS 58124	Série 176	CBO 7832.25	Função Ajudante
-------------------	------------------	--------------------	------------------------

Atividade Laborativa **Preparam Cargas e Descargas de Mercadorias;**Classificação da Atividade **N/H**Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:****Físico
Ergonômico****Riscos Especificados:****Ruídos
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: 03/05/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Krc Distribuidora de Frutas e Legumes Eirele**CNPJ:** 31.055.005/0001-45**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 03/05/2019**Período de Cobrança:** 03/05/2019

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