

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Controle: 20241213092004.01.1348352

Empresa: **AGENCIA BRASILEIRA DE APOIO A GESTAO DO SUS - CNPJ: 37.318.510/0001-11**
Endereço: **Q ST SHN QUADRA 1 BLOCO E S/N CONJ A SALA 201, CEP: 70701-050**
ASA NORTE, BRASILIA - DF

Em cumprimento Art. 168 §1º e Port. 3.214/78, 3.164/82 e 12/83 Ministério do Trabalho e a Port. 24/94 SST para fins de exame:

ADMISSÃO

Atesto que o(a) Sr(a): **ELIENE SUIM MATHEUS BARBOSA**

Portador(a) do RG nº.: **3996706**

CPF: **111.186.887-59**

Data Nascim.: **17/12/1985**

Idade: **38 anos e 11 meses**

Área do Empregado: **ATENDIMENTO**

Matrícula:

GHE/Ocupação que exerce: **ATENDIMENTO**

Cargo/Função: **AGENTE INDIGENA DE SAUDE**

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos:

RISCOS OCUPACIONAIS:

RISCOS HABITUAIS DA ATIVIDADE

EXAMES REALIZADOS:

Data: **13/12/2024** Exames:

EXAME CLÍNICO

SENDO CONSIDERADO(A):

☒ Apto ☐ Inapto

PARA EXERCER A FUNÇÃO DE: **AGENTE INDIGENA DE SAUDE**

Avaliação Específica:

NR10: () Apto () Inapto (X) Não Avaliado

NR11: () Apto () Inapto (X) Não Avaliado

NR18: () Apto () Inapto (X) Não Avaliado

NR33: () Apto () Inapto (X) Não Avaliado

NR35: () Apto () Inapto (X) Não Avaliado

Observações:

Cidade: **Aracruz**

Data: **13/12/2024**

DRA GABRIELLA MATOS PEREIRA - CRM: 9848-ES RQE: 10644-ES

Gabriella Matos Pereira
Clínica Geral / Médica do Trabalho
RQE 10.644

Recebi a 2ª via deste Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), conforme a Lei em:

Data: **13/12/2024**

Elíene Suim Matheus Barbosa
ELIENE SUIM MATHEUS BARBOSA

1ª Via: EMPRESA - 2ª Via: EMPREGADO