

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:****CNPJ:****Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 07/05/2019**Período de Cobrança:** 07/05/2019

Natureza dos Serviços	Nº de ASO	Cód. Usuário	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Atestado de Saúde Ocupacional - ASO	0		0,00	0,00
Total a Pagar**				R\$ 0,00