
 <p>PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e - NOTA CARIOCA -</p> <p>201803141229102540001801022910254000180</p>	Número da Nota 00000890				
	Data e Hora de Emissão 14/03/2018 13:34:55				
	Código de Verificação 6P8R-ZM53				
PRESTADOR DE SERVIÇOS					
 <p>CPF/CNPJ: 22.910.254/0001-80 Inscrição Municipal: 0.651.886-9 Inscrição Estadual: --- Nome/Razão Social: BIO MED MEDICINA E SEGURANCA DO TRABALHO LTDA ME Nome Fantasia: MED EMPRESA MEDICINA E SEGURANÇA DO TRABALHO Tel: 2125680270 Endereço: RUA GUAPENI 26 - TIJUCA - CEP: 20520-240 Município: RIO DE JANEIRO UF: RJ E-mail: financeiro@medempresa.com.br</p>					
TOMADOR DE SERVIÇOS					
CPF/CNPJ: 04.428.657/0001-05 Inscrição Municipal: 0.299.029-6 Inscrição Estadual: ---- Nome/Razão Social: CBLA CONFEDERACAO BRASILEIRA DE LUTAS ASSOCIADAS Endereço: RUA BOM PASTOR 106, LOT 1 PAL 45282 - TIJUCA - CEP: 20521-060 Tel: 21 - 22427729 Município: RIO DE JANEIRO UF: RJ E-mail: mana@cbw.org.br					
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS					
ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>Atesto o recebimento dos materiais e/ou serviços objeto do presente documento. Nome: Paulo Roberto Barbosa da Fonseca CPF: 091.158.167-70 <u>14/03/18</u> (W) CBW - CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE WRESTLING Projeto: <u>PRONTO PG MAR/18</u> Projeto nº: <u>LT 014118</u> CH/DOC/OP n.º: <u>580901</u></p> </div>					
VALOR DA NOTA = R\$ 40,00					
Serviço Prestado					
04.02.01 - análises clínicas, patologia ou congênere					
Deduções (R\$)	Desconto Incond. (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito Gerado (R\$)
0,00	0,00	----	----	----	0,00
OUTRAS INFORMAÇÕES					
<ul style="list-style-type: none"> - Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 5.098 de 15/10/2009 e no Decreto nº 32.250 de 11/05/2010 - PROCON-RJ: Av. Rio Branco nº 25, 5º andar, tel 151: www.procon.rj.gov.br - ISS devido deve ser recolhido por meio de Documento de Arrecadação do Simples Nacional (DAS). - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de IPI. - Esta NFS-e não gera crédito. 					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> SIGEF - OK </div>					

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

IDENTIFICAÇÃO:

Empresa: **CBW CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE WRESTLING** CNPJ: **04.428.657/0001-05**
Nome: **VANESSA DA SILVA ALVES DE ARAUJO** SEXO: **F**
Função: **ASSESSORA RH** Data nasc.: **28/03/1983** Idade: **34** anos
RG /CTPS: **020.156.986-0** CPF: **102.188.607-65**

TIPO DE EXAME:

ADMISSIONAL PERIÓDICO MUDANÇA DE FUNÇÃO
 DEISSIONAL RETORNO AO TRABALHO

RISCOS OCUPACIONAIS

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Físico | <input type="checkbox"/> Químico | <input type="checkbox"/> Biológico** | <input checked="" type="checkbox"/> Ergonômico |
| <input type="checkbox"/> Ruído | <input type="checkbox"/> Poeiras | <input type="checkbox"/> Vírus | <input checked="" type="checkbox"/> Postura Inadequada |
| <input type="checkbox"/> Radiação Ionizante | <input type="checkbox"/> Fumos | <input type="checkbox"/> Bactérias | <input type="checkbox"/> Levant. e Transp. Manual de Peso |
| <input type="checkbox"/> Radiação não Ionizante | <input type="checkbox"/> Gases | <input type="checkbox"/> Fungos | <input type="checkbox"/> Movimentos Repetitivos |
| <input type="checkbox"/> Frio | <input type="checkbox"/> Subst. Compostas ou Prod. Químicos | <input type="checkbox"/> Parasitas | <input type="checkbox"/> Imposição de Ritmos Excessivos |
| <input type="checkbox"/> Calor | <input type="checkbox"/> Vapores | <input type="checkbox"/> Bacilos | <input type="checkbox"/> Trabalho em Turno e Noturno |
| <input type="checkbox"/> Umidade | | <input type="checkbox"/> Microorganismos | <input type="checkbox"/> Jornada de Trabalho Prolongados |

- Exame Clínico () Espirometria () ECG
() Hemograma Completo () Audiometria () EEG
() Glicemia () Acuidade Visual () Ácido Metil Hipúrico
() Anti-HBs () Raio X de Tórax PA e Perfil () Ácido Hipúrico
() EPF () Outros:

Obs Os resultados dos exames complementares realizados encontram-se arquivados no Prontuário Médico.
Prazo previsto para entrega dos exames complementares. (15 dias)

CONCLUSÃO:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> APTO | <input type="checkbox"/> INAPTO |
| <input type="checkbox"/> APTO PARA TRABALHO EM ALTURA | <input type="checkbox"/> INAPTO PARA TRABALHO EM ALTURA |
| <input type="checkbox"/> APTO PARA EXPOSIÇÃO À ELETRICIDADE | <input type="checkbox"/> INAPTO PARA EXPOSIÇÃO À ELETRICIDADE |
| <input type="checkbox"/> APTO PARA ESPAÇO CONFINADO | <input type="checkbox"/> INAPTO PARA ESPAÇO CONFINADO |

Médico Examinador:

RIO DE JANEIRO 14 DE Março DE 2018

Assinatura: Rosa Angela P. de Andrade
Médica
CRM 52.34494-4

MÉDICA COORDENADORA:
Rosa Angela P. de Andrade
CRM / 52.34494-4 MTE 15.674

Recebi Cópia em. 14 / 03 / 2018

Ass Funcionário: Vanessa Alves de Araujo

Atendente

Adriana