



## A S O - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL



|                                                                                                                                    |                                                                       |       |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------|----------------|
| <b>Empresa</b>                                                                                                                     |                                                                       |       |                |
| Nome:                                                                                                                              | CASAS DA AGUA MATERIAIS PARA CONSTRUCAO LTDA - CASAS DA AGUA - FILIAL |       |                |
| CNPJ:                                                                                                                              | 13.501.187/0002-30                                                    |       |                |
| <b>Funcionário</b>                                                                                                                 |                                                                       |       |                |
| Nome - Nome Social:                                                                                                                | THAIS CORRÊA DANIELLI                                                 | CPF:  | 005.933.869-57 |
| Nascimento/Idade:                                                                                                                  | 21/03/1994/ 32                                                        | Sexo: | Feminino       |
| Cargo:                                                                                                                             | Aux.Cred./Cobr. I                                                     |       |                |
| <b>MÉDICO COORDENADOR PCMSO</b>                                                                                                    |                                                                       |       |                |
| Nome:                                                                                                                              | LUIZ ALFREDO WUTKE                                                    | RQE:  |                |
| CRM / UF:                                                                                                                          | 10750/ SC                                                             |       |                |
| EM CUMPRIMENTO ÀS PORTARIAS NºS 3214/78, 3164/82, 12/83, 24/94 E 08/96 NR7 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO PARA FINS DE EXAME: |                                                                       |       |                |
| Admissional                                                                                                                        |                                                                       |       |                |
| <b>Riscos</b>                                                                                                                      |                                                                       |       |                |
| Inespecíficos                                                                                                                      | Ausência de fator de risco.                                           |       |                |
| <b>Avaliação Clínica e Exames Realizados</b>                                                                                       |                                                                       |       |                |
| 09/07/2026 Clínico                                                                                                                 |                                                                       |       |                |
| <b>Parecer</b>                                                                                                                     |                                                                       |       |                |
| Apto para função                                                                                                                   |                                                                       |       |                |
| <b>Observações</b>                                                                                                                 |                                                                       |       |                |
|                                                                                                                                    |                                                                       |       |                |

**Dra. Monique Pires**  
**MÉDICA**  
**CRM-SC 42337**

Monique Pires Ferreira/ 42337-SC  
09/07/2026



Assinado biometricamente por digital  
THAIS CORRÊA DANIELLI

Assinatura do Funcionário