



EMMA
MEDICINA OCUPACIONAL

EMMA MEDICINA DO TRABALHO - CNPJ: 36.279.098/0001-05

AVENIDA JUAREZ TAVORA

JOAO PESSOA (PB) - TEL.: (83)3024-4485

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Em cumprimento a NR7 (Portaria 3214/78 do Mtb e Portaria 24/94 da SSST), que regulamenta o art. 168 da consolidação das Leis Trabalhistas, atesto que o trabalhador abaixo identificado foi examinado e submetido aos procedimentos e exames complementares abaixo mencionados.

<input checked="" type="checkbox"/> ADMISSIONAL	<input type="checkbox"/> PERIÓDICO	<input type="checkbox"/> RETORNO AO TRABALHO
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE FUNÇÃO	<input type="checkbox"/> DEMISSIONAL	

Empresa WNS SERVICOS E LOCACOES LTDA	Grau de Risco CNPJ 11.486.088/0001-10
--	---

Funcionário JOSILEIDE DA SILVA VICENTE
--

Setor	Função AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS
--------------	--

Documento CPF: 910.458.434-15 / RG: 1963426 - SSDS (PB)	Dt.Nascimento 06/10/1972	Idade 47 Anos
---	------------------------------------	-------------------------

Riscos ocupacionais específicos

Exames EXAME CLINICO	Data de realização 25/09/2020
--------------------------------	---

PRÓXIMOS EXAMES: 25/09/2021

O funcionário acima, foi submetido(a) a exame médico, conforme a NR 07, sendo considerado:

☒ **APTO** ☐ **INAPTO**

NR 35 - Quanto a obrigatoriedade de constar no ASO do funcionário se ele é mapeado para Trabalho em Altura

NR 35.4.1.2.1 - A Aptidão para Trabalho em Altura deve ser consignada no atestado de saúde ocupacional do trabalhador

☐ **APTO** ☐ **INAPTO** ☒ **NÃO MAPEADO**

Carimbo e assinatura do médico Examinador

Dra. Larissa Lucena
Médica
CRM - PB 11.903

Médico Examinador: (83)3024-4485

Médico Coordenador

Atenção

Estou ciente do resultado do presente exame médico e recebi a 2ª VIA deste ASO.

Local e data da LIBERAÇÃO do ASO

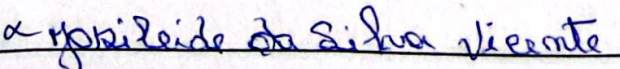
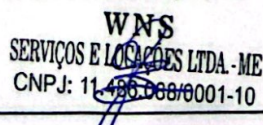
JOAO PESSOA 25/09/2020

Assinatura do(a) funcionário(a)

Josileide da Silva Vicente

Documento disponível para consulta em <https://consulta.vitatechsistemas.com.br>

Número de controle para consulta: 0810013913010609658379

FICHA DE REGISTRO				REGISTRO Nº: 006-0039	
DADOS DO EMPREGADOR					
Razão Social / Nome			CNPJ / CEI		
WNS SERVICOS E LOCACOES LTDA			11.486.088/0001-10		
Endereço / Complemento					
RUA JOSE BONIFACIO, 203 - CXPST 28					
Bairro		Município / UF		Cep	
CENTRO		CAMPINA GRANDE / PB		58400-250	
DADOS DO EMPREGADO					
Nome		Nascimento	Telefone	Município de Nascimento / UF	Matr. eSocial
JOSILEIDE DA SILVA VICENTE		06/10/1972		João Pessoa/Pb	305-0005
Endereço / Complemento / Bairro				Município / UF	Cep
RUA PEDRO ALEXANDRE CABRAL, 31 - QD 224 LT 30 - MANGABEIRA				JOAO PESSOA / PB	58059-301
Beneficiários					
Nome da Mãe			Nome do Pai		
MARIA TEREZA DA SILVA VICENTE			JOSE VICENTE FILHO		
Nacionalidade	Estado Civil	R.G.	Grau de Instrução	C.B.O.	
10-Brasileiro	1 - Solteiro	1963426 SSP PB	7 - 2º Grau Completo	5143-20	
C.P.F.	CTPS (Número / Série / UF)	Título Eleitoral	Zona	Seção	
910.458.434-15	00650745-0013/PB	020180371236	070	0426	
Habilitação	Categoria	Documentação Militar			
Cargo / Função	Admissão	Salário (R\$)	Tipo de Pagamento	Hora Mês	
AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	01/10/2020	1.213,74	1-Mensalista	220.00	
FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO - F.G.T.S.					
Data de Opção	Banco Depositário	Número da Conta			
01/10/2020	104 - Caixa Econômica Federal	0			
Horário de Trabalho					
HORÁRIO : Entrada 08:00 Saída 17:00 Intervalo das 12:00 as 13:00					
AOS SÁBADOS :					
DESCANSO SEMANAL : Domingo / Sábado					
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL - P.I.S.					
Número do P.I.S.	Banco Depositário	Número da Conta			
19007153474	104 - Caixa Econômica Federal	0			
QUANDO ESTRANGEIRO			RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO		
Reg. Estrangeiro	Casado com Brasileiro	Data de Saída	Homologação Número		
Nome do Cônjuge	Tipo de Desligamento		00		
Data Chegada ao Brasil	Número de Filhos Brasileiros	Local da Homologação			
Naturalizado?	Decreto Número				
Visto	Vencimento				
Observações					
Assinatura do Empregado na Admissão / Data			Carimbo e Assinatura do Empregador / Data		
					

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Por este instrumento particular, que entre si fazem a firma **WNS SERVICOS E LOCACOES LTDA CAMPINA GRANDE**, neste ato denominado **EMPREGADORA** e o Sr(a). **JOSILEIDE DA SILVA VICENTE**, portador(a) da C.T.P.S Nº 00650745 série 0013 / PB, doravante chamado(a) simplesmente **EMPREGADO**, firmam o presente contrato individual de trabalho, em caráter de experiência, conforme alínea C parágrafo 2º do Art. 443 da Consolidação das leis do trabalho, mediante as seguintes condições:

1º - O **EMPREGADO** acima qualificado exercerá a Função de **AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS**, recebendo o salário de **R\$ 1.213,74 MIL E DUZENTOS E TREZE REAIS E SETENTA E QUATRO CENTAVOS** Mensais.

2º - O horário de trabalho a ser obedecido será de Segunda a Sexta das 08:00 as 17:00 horas, com intervalo das 12:00 as 13:00 horas. PARÁGRAFO ÚNICO: Se por necessidade de trabalho a **EMPREGADORA** tem o poder de modificar o horário acima descrito.

3º - O **EMPREGADO** se compromete a trabalhar em regime de compensação e prorrogação de horas, inclusive em período noturno, sempre que as necessidades assim o exigirem, observadas as formas legais.

4º - Obriga-se o **EMPREGADO**, além de executar com dedicação e lealdade o serviço, a cumprir o regulamento interno da **EMPREGADORA**, as instruções de sua administração e as ordens de seus chefes e superiores hierárquicos, relativas as peculiaridades dos serviços que lhe forem confiados.

5º - Aplicam-se a este Contrato, todas as normas em vigor, relativas à prazo determinado, devendo sua rescisão antecipada, por justa causa, obedecendo o disposto nos artigos 482 e 483 da CLT, conforme o caso.

6º - Vencido o período experimental e continuando o **EMPREGADO** a prestar serviços a **EMPREGADORA**, por tempo indeterminado, ficam prorrogados todas as cláusulas aqui estabelecidas, enquanto não se rescindir o contrato de trabalho.

7º - Este Contrato tem início na data de assinatura, terminando em **14/11/2020** e poderá ser prorrogado até o dia **29/12/2020**.

CAMPINA GRANDE, 01 de Outubro de 2020

WNS
SERVICOS E LOCAÇÕES LTDA - ME
CNPJ: 11.486.088/0001-10

Empregadora
WILMA NOGUEIRA DA SILVA

Testemunha

Josileide da Silva Vicente
Empregado

Testemunha

Você está aqui: [🏠](#) > [Empregado](#) > [Gestão de Empregados](#)

Pesquisar Trabalhador

Informe a seguir o CPF

🔍

Dados do Trabalhador

CPF: 910.458.434-15

Nome: JOSILEIDE DA SILVA VICENTE

👤

Dados Cadastrais

Matrícula	Categoria	Situação	Data de Admissão	Data do Desligamento
305-0005	101 - Empregado - Geral, inclusive o empregado público da administração direta ou indireta contratado pela CLT	Ativo	01/10/2020	-

Você está aqui: [🏠](#) > [Empregado](#) > [Gestão de Empregados](#) > [Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador](#)

Alterar Dados Contratuais

Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador

Identificação do trabalhador

CPF

910.458.434-15

Nome

JOSILEIDE DA SILVA VICENTE

Informações do Vínculo

Tipo de Registro

Admissão

Matrícula

305-0005

Tipo de Regime Trabalhista

1 - CLT - Consolidação das Leis de Trabalho e legislações trabalhistas específicas ▾

Categoria

101 - Empregado - Geral, inclusive o empregado público da administração direta ▾

Tipo de regime previdenciário (ou Sistema de Proteção Social dos militares das Forças Armadas)

1 - Regime Geral de Previdência Social - RGPS ▾

Contrato de trabalho

Nome do cargo

AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

Classificação Brasileira de Ocupação – CBO

514320 - Faxineiro ▾

■ Identificação do Trabalhador

CPF

910.458.434-15

Nome

JOSILEIDE DA SILVA VICENTE

Sexo

F - Feminino

Etnia e raça do trabalhador

2 - Preta

Estado Civil

1 - Solteiro

Grau de Instrução

07 - Ensino Médio completo

Nome social para travesti ou transexual.

País de Nacionalidade

105 - Brasil

Local de residência:

☒ Brasil ☐ Exterior

CEP

58059-301

Tipo

R - Rua

Logradouro

RUA PEDRO ALEXANDRE CABRAL

Número

31

Complemento

QD 224 LT 30

Bairro/Distrito

MANGABEIRA

UF

PB - Paraíba

Município

João Pessoa

■ Relação de Dependentes

Nenhum dependente cadastrado.

■ Pessoa com Deficiência

Deficiência Física

☐ Sim ☒ Não

Deficiência Visual

☐ Sim ☒ Não

Deficiência Auditiva

☒ Sim ☐ Não

Deficiência Mental

☐ Sim ☒ Não

Deficiência Intelectual

☐ Sim ☒ Não

Reabilitado ou Readaptado

☐ Sim ☒ Não

Contabilizado para Preenchimento de Cota

☒ Sim ☐ Não

Observação

■ Contato

■ Identificação do Evento

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA
SERVIÇO DE REABILITAÇÃO AUDITIVA
AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

NOME: Yonilene da Silva Vicente RG: 1963426
 IDADE: _____ SEXO: F PROFISSÃO: _____
 SOLICITANTE: _____ Audiômetro: AD229 Imatanciômetro: At 235 Calibr.: / /
 MEATOSCOPIA: OD OE

ANAMNESE:

☐ DIFICULDADE DE COMPREENSÃO DA FALA
 HIPOACUSIA: ☐ OD ☐ OE ☐ HEREDITARIEDADE: _____
 OTALGIA: ☐ OD ☐ OE OTORRÉIA: ☐ OD ☐ OE
 PLENTITUDE AURICULAR: ☐ OD ☐ OE PRURIDO: ☐ OD ☐ OE
 ZUMBIDO: ☐ CONSTANTE ☐ OD ☐ OE ☐ PERIÓDICO ☐ OD ☐ OE
☐ INCOMÓDO A SONS ALTOS VERTIGEM: ☐ ROTAT. ☐ NÃO ROTAT.
 HÁBITOS SONOROS: _____
☐ USO DE ANTIBIÓTICO: _____
☐ TRAUMA ACÚSTICO: _____
 OBS.: _____

☐ TRABALHA EM AMBIENTE RUIDOSO

MANUSEIO DE: ☐ PRODUTOS QUÍMICOS ☐ EXPLOSIVOS

CEFALEIA: ☐ CONSTANTE ☐ PERIÓDICA

☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL

☐ DIABETES

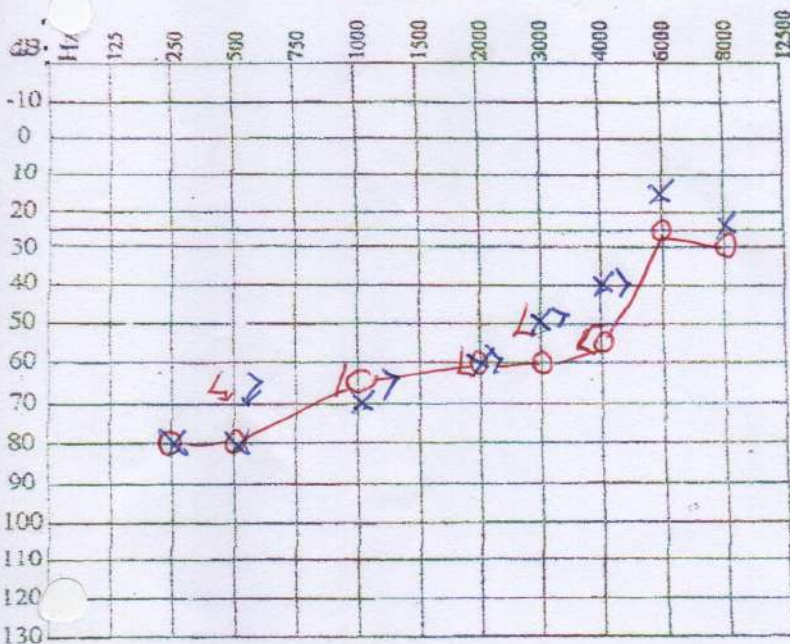
☐ SARAMPO ☐ PAROTIDITE ☐ MENINGITE ☐

☐ TRAUMATISMO CRANIANO ☐ BAROTRAUMA

CIRURGIAS: _____

☐ FUMANTE _____ AASI: ☐ OD ☐ OE

AUDIOGRAMA



	OD	OE
VO		
VA	65	62.5

Mascaramento - dBNS

VAD	até	VOD	até
VAE	até	VOE	até

IRF - OD

	dBNA	%	Masc.	dBNS
Mono	100	72		
Dis	100	88		
Tri	100	82		

IRF - OE

	dBNA	%	Masc.	dBNS
Mono	100	76		
Dis	100	88		
Tri	100	88		

SRT

	dBNA	Masc.	dBNS
OD	70		
OE	65		

SDT

	dBNA	Masc.	dBNS
OD			
OE			

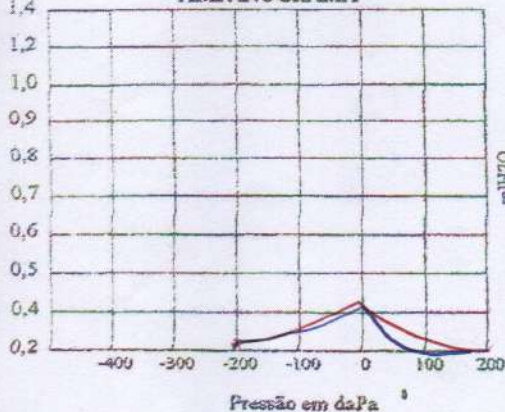
Níveis de Desconforto Tonal

Freq.	0,5	1	2	4	KHz.	dBNA
OD						
OE						

Faixa

	MCL	UCL	dBNA
OD			
OE			

TIMPANOGRAMA



	OD	OE
Volume [ml]	1.05	1.10
Complac. [ml]	0.32	0.37
Pressão [daPa]	-10	-12

Reflexo Estapediano Acústico

c/g	limiar	CL	difer.	IL	limiar	CL	difer.	IL
500								
1000								
2000								
4000								

Direito

Esquerdo

Marcção por aferência

Resultado/Conduta: Perda auditiva sensorial de grau severo
bilateralmente -
curva timpanométrica do tipo "A"

DATA: 11/10/2023

Fonoaudiólogo [a]

Amanda C...
 Fonoaudióloga
 CRF 4...