PERFORMA

# Atestado de Saúde Ocupacional

| EMPREGADOR | | |
|---|---|---|
| **Razão Social:** FIBRION INTERNET LTDA | | **CNPJ:** 46.713.124/0001-15 |
| **Endereço:** R VICTORINO, 207 GALPAO07, JARDIM MUTINGA, BARUERI - SP, CEP 06463-290 | | |
| **FUNCIONÁRIO** | | |
| **Nome:** MATHEUS PORFIRIO FERNANDES DA SILVA | | **CPF:** 470.570.758-39 |
| **RG:** 391840551 | **Data Nasc.:** 01/03/1997 | **Função:** ANALISTA NOC JR |
| **GHE:** GHE1- Administrativo | | |

| FATORES DE RISCO | |
|---|---|
| **Físicos:** - | |
| **Químicos:** - | |
| **Biológicos:** 2 Agentes biológicos infecciosos e infectocontagioso COVID19 | |
| **Ergonômicos:** 13 Postura Sentada por Longos Períodos.; 19 Fatores psicossociais | |
| **Mecânicos:** 5 Escorregões | |
| **EXAMES E PROCEDIMENTOS** | |
| 0295 - Avaliação clínica | 06 ABR./2026 |

| CONCLUSÃO | | |
|---|---|---|
| ☑ Apto | ☐ Inapto | ☐ Apto com restrições |
| **APTIDÕES ESPECIAIS** | | |
| ☐ Apto para trabalho com Eletricidade (NR10) | ☐ Apto para trabalho em altura (NR35) | ☐ Apto para trabalho em espaços confinados (NR33) |

| TIPO DE EXAME | IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PCMSO |
|---|---|
| **Exame médico de retorno ao trabalho** | Doutor ANTONIO DE CASTRO MENDONÇA FURTADO NETO - CRM-SP 37125 |

| RECIBO |
|---|
| Eu, MATHEUS PORFIRIO FERNANDES DA SILVA, declaro que fui devidamente examinado e que recebi 2ª via deste atestado de saúde ocupacional. |

Data de emissão: 06 ABR./2026

Vitória Oliveira Meirelles
Médica
CRM-SP 273086

MATHEUS PORFIRIO FERNANDES DA SILVA