

**STEFANINI CONSULTORIA E ASSESSORIA EM
INFORMÁTICA S.A****04/10/2019****Empresa**

Razão Social: STEFANINI CONSULTORIA E ASSESSORIA
EM INFORMATICA S/A
CNPJ: 58.069.360/0001-20
Endereço: Avenida Marginal Bairro: Centro
Cidade/UF: Jaguariúna / SP CEP: 13820-000

Funcionário

Nome: **FABIANO DA SILVA BARBOSA**
Código: 6310
RG: 2484944-44 Órgão Emissor:
Nascimento/Idade: 08/11/1986 - 32 Sexo: Masculino
Função: ANALISTA PROGRAMADOR JR
Setor: T.I.

Médico Coordenador do PCMSO

Dr Eduardo Yuji Nakamoto CRM 135.765 (11) 2103-6648
São Paulo

Riscos

"S.R.O.E" Sem riscos ocupacionais específicos

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:

Demissional

Avaliação Clínica e Exames Realizados

___/___/___ Exame Clínico

Parecer

[] APTO PARA A FUNÇÃO [] INAPTO PARA A FUNÇÃO [] APTO PARA TRABALHO EM ALTURA
[] APTO PARA TRABALHO OFF-SHORE [] APTO PARA TRABALHO ON-SITE [] APTO PARA ESPAÇO CONFINADO

Observações

DECLARO TER RECEBIDO CÓPIA DESTE ATESTADO

Carimbo e Assinatura

FABIANO DA SILVA BARBOSA

**STEFANINI CONSULTORIA E ASSESSORIA EM
INFORMÁTICA S.A****04/10/2019****Empresa**

Razão Social: STEFANINI CONSULTORIA E ASSESSORIA
EM INFORMATICA S/A
CNPJ: 58.069.360/0001-20
Endereço: Avenida Marginal Bairro: Centro
Cidade/UF: Jaguariúna / SP CEP: 13820-000

Funcionário

Nome: **FABIANO DA SILVA BARBOSA**
Código: 6310
RG: 2484944-44 Órgão Emissor:
Nascimento/Idade: 08/11/1986 - 32 Sexo: Masculino
Função: ANALISTA PROGRAMADOR JR
Setor: T.I.

Médico Coordenador do PCMSO

Dr Eduardo Yuji Nakamoto CRM 135.765 (11) 2103-6648
São Paulo

Riscos

"S.R.O.E" Sem riscos ocupacionais específicos

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:

Demissional

Avaliação Clínica e Exames Realizados

___/___/___ Exame Clínico

Parecer

[] APTO PARA A FUNÇÃO [] INAPTO PARA A FUNÇÃO [] APTO PARA TRABALHO EM ALTURA
[] APTO PARA TRABALHO OFF-SHORE [] APTO PARA TRABALHO ON-SITE [] APTO PARA ESPAÇO CONFINADO

Observações

DECLARO TER RECEBIDO CÓPIA DESTE ATESTADO

Carimbo e Assinatura

FABIANO DA SILVA BARBOSA

**STEFANINI CONSULTORIA E ASSESSORIA EM
INFORMÁTICA S.A****04/10/2019****Empresa**

Razão Social: STEFANINI CONSULTORIA E ASSESSORIA
EM INFORMATICA S/A
CNPJ: 58.069.360/0001-20
Endereço: Avenida Marginal Bairro: Centro
Cidade/UF: Jaguariúna / SP CEP: 13820-000

Funcionário

Nome: **FABIANO DA SILVA BARBOSA**
Código: 6310
RG: 2484944-44 Órgão Emissor:
Nascimento/Idade: 08/11/1986 - 32 Sexo: Masculino
Função: ANALISTA PROGRAMADOR JR
Setor: T.I.

Médico Coordenador do PCMSO

Dr Eduardo Yuji Nakamoto CRM 135.765 (11) 2103-6648
São Paulo

Riscos

"S.R.O.E" Sem riscos ocupacionais específicos

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:

Demissional

Avaliação Clínica e Exames Realizados

___/___/___ Exame Clínico

Parecer

[] APTO PARA A FUNÇÃO [] INAPTO PARA A FUNÇÃO [] APTO PARA TRABALHO EM ALTURA
[] APTO PARA TRABALHO OFF-SHORE [] APTO PARA TRABALHO ON-SITE [] APTO PARA ESPAÇO CONFINADO

Observações

DECLARO TER RECEBIDO CÓPIA DESTE ATESTADO

Carimbo e Assinatura

FABIANO DA SILVA BARBOSA

**STEFANINI CONSULTORIA E ASSESSORIA EM INFORMATICA
S/A**
04/10/2019

Prestador HUMAGA MEDICINA DO TRABALHO (BRASILIA - DF)		Telefone: (61) 3323-8525	
Endereço: ST DE DIVERSOES SUL BLOCO A , 44		Bairro: ASA SUL	
Complemento: LJ 22A, 34A, 36A SOBRELOJAS		Cidade: BRASILIA	
Atendente: GASPARINO		Fax: (61) 8602-2391	
OBS: atendimento@hmgdf.com.br;recepcaoohmg.autorizacao@gmail.com			
Seqüência 128015937			
Funcionário 6310 - FABIANO DA SILVA BARBOSA	Matricula 49004	RG 2484944-44	Tipo de Exame Demissional
Empresa 322340 - STEFANINI CONSULTORIA E ASSESSORIA EM INFORMATICA S/A	Unidade CAIXA - FILIAL (BRASILIA/DF)	CNPJ 58.069.360/0001-20	
Data de Nascimento 08/11/1986	Data de admissão 06/06/2016	Idade 32	Data Ficha 04/10/2019
Nome do Setor T.I.	Nome do Cargo ANALISTA PROGRAMADOR JR		


Informações de Atendimento do Prestador

Tipo de atendimento	Faixa de Horário de Atendimento	Comentários
Ordem de Chegada	07:00 até 16:00	atendimento@hmgdf.com.br;recepcaoohmg.autorizacao@gmail.com

Exames

Código Exame	AMB	Nome do Exame	Recomendação	Data	Hora
CLINICO	0	Exame Clínico			


Riscos do Funcionário

"S.R.O.E" Sem riscos ocupacionais específicos

Carimbo e Assinatura

FABIANO DA SILVA BARBOSA
 RG:DF - 2484944-44

STEFANINI CONSULTORIA E ASSESSORIA EM INFORMATICA S/A
04/10/2019

Funcionário (Código / Nome) 6310 / FABIANO DA SILVA BARBOSA		RG 2484944-44	
Empresa STEFANINI CONSULTORIA E ASSESSORIA EM INFORMATICA S/A		CNPJ 58.069.360/0001-20	
Unidade CAIXA - FILIAL (BRASILIA/DF)	Setor T.I.		
Cargo ANALISTA PROGRAMADOR JR	Sexo Masculino	Idade 32	
Nascimento 08/11/1986	Admissão 06/06/2016	Entrada 00:00	
Tipo de Exame Demissional		Saída 00:00	
Médico/		Data Ficha 04/10/2019	

Exames
Exame Clínico,

SINAIS VITAIS

Temperatura	Frequência Respiratória (IPM)	Pressão Arterial (mmHg)	Frequência de Pulso (BPM)
Altura	Biotipo	Peso (Kg)	Índice de Massa Corpórea
Perímetro Cintura (cm)		Perímetro Quadril (cm)	

Ficha Clínica
ANAMNESE OCUPACIONAL

ANTECEDENTES OCUPACIONAIS <input type="checkbox"/> Já sofreu acidente de trabalho ? <input type="checkbox"/> Já sofreu ou sofre de moléstia profissional ? Descreva quais sequelas: ▶ _____ _____ _____	ANTECEDENTES PESSOAIS <input type="checkbox"/> Já foi submetido a alguma cirurgia ? <input type="checkbox"/> Já sofreu de alguma outra patologia ? Anote qualquer informação que julgue importante: ▶ _____ _____ _____
---	---

ANAMNESE PESSOAL

<input type="checkbox"/> Sofre de sinusite, inflamações do ouvido, nariz ou garganta ? <input type="checkbox"/> Tem dificuldade de audição ? <input type="checkbox"/> Tem problemas de pressão alta ? <input type="checkbox"/> Asma, bronquite, falta de ar ?	<input type="checkbox"/> Sofre de cefaléia, tonturas ou perdas de equilíbrio ? <input type="checkbox"/> Problemas visuais ? Usa óculos ? <input type="checkbox"/> Tem ou já teve problemas cardíacos ? <input type="checkbox"/> Tem Problemas de gastrite ou de úlcera ?	<input type="checkbox"/> Tem problemas de fígado ou vesícula ? <input type="checkbox"/> Tem problemas urinários ou cálculos renais ? <input type="checkbox"/> Algum problema ortopédico ? <input type="checkbox"/> Sofre de Diabetes ?	<input type="checkbox"/> Sofre de diarreias ou constipação intestinal ? <input type="checkbox"/> Tem problemas de coluna ? <input type="checkbox"/> Defeitos congênitos ? <input type="checkbox"/> Algum problema de glândulas ou hormonal ?
--	---	---	---

MEDICAMENTOS Faz uso de algum medicamento ? ▶ _____ SIM () NÃO () ▶ Qual? ▶ _____ _____
--

PARA USO DO MÉDICO

ENQUADRAMENTO POSSÍVEL PCD? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Tipos Possíveis: <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditivo Outros ▶ _____
--	---

Declaro que nada omiti sobre meu estado de saúde, tendo prestado informações completas e verídicas.

Assinatura do Funcionário ▶ _____	Assinatura do Examinador ▶ _____
-----------------------------------	----------------------------------