



Programa de Saúde Ocupacional Guia de Encaminhamento

O preenchimento completo dos dados abaixo é imprescindível.

Obs.: Obrigatório apresentação desta Guia, Carteira de Identidade ou Cart. de Trabalho(C.T.P.S.)

Empresa:

Nome:

RG:

Data de Nascimento:

/ /

Estado Civil:

Data de Admissão:

/ /

Função:

Setor:

Exame Médico

- Admissional
- Demissional
- Mudança de Função
- Retorno ao Trabalho
- Periódico
- _____

Clínica Credenciada

Exame Complementar

- Audiometria
- Acuidade Visual
- Raio X Tórax
- Espirometria
- Hemograma Completo
- PPF
- Coprocultura
- _____
- _____

Médico

Observações:

Horário de atendimento: Favor confirmar por telefone ou email: atendimento@lavorovita.com.br

Assinatura Responsável

_____/_____/_____
Data