

ATENDIMENTO

Data: Horário: Agendamento Encaixe Cidade do atendimento

IDENTIFICAÇÃO DO COLABORADOR

Empresa:

Razão Social conforme CNPJ

Posto:

Local onde o colaborador exerce(rá) suas atividades

Setor:

Conforme PCMSO

Nome do Funcionário (a):

RG:

CPF:

CNIS:

Função/Cargo:

Data Nascimento:

Carteira de Trabalho Nº:

Série:

Estado:

TIPO DE EXAME

COMPLEMENTARES

ADMISSIONAL

DEMISSIONAL

PERIÓDICO

RETORNO AO TRABALHO

Motivo: Licença Maternidade INSS

Se INSS, após dias afastados

MUDANÇA DE FUNÇÃO

De:

Para:

OUTROS:

CONFORME PCMSO ATUAL (REVIVER SAÚDE)

AUDIOMETRIA

ELETROCARDIOGRAMA

ELETROENCEFALOGRAMA

ESPIROMETRIA

GAMA GT

RAIOS X

AVALIAÇÃO COM OFTALMOLOGISTA

AVALIAÇÃO COM PSICÓLOGO

AVALIAÇÃO CLÍNICA

OUTROS

Encaminhamento INSS:

SIM

NÃO

OBSERVAÇÕES

"Me responsabilizo pela solicitação e pelas despesas que possa gerar"

Nome Legível:

Departamento:

Local:

Data:

Telefone:

Assinatura do responsável e carimbo da empresa

*Obrigatório quando a guia for impressa e enviada pelo colaborador quando for enviada online/ e-mail é obrigatório Nome e departamento

Curitiba: Rua Barão do Rio Branco, 135, Centro - (41) 3023-9494 | (41) 3022-9494

Pinhais: Rua Europa, 228, Centro - (41) 3033-5754 | (41) 3033-5784