



Empresa (Razão Social)	
CNPJ:	
Nome do(a) Funcionário(a)	
Função/Cargo do(a) Funcionário(a)	
Setor:	
Data de Nascimento	
RG:	
CPF:	
Data do Exame	
Nome do Solicitante	
Telefone do Solicitante	

**ASSINALE O PROCEDIMENTO QUE O COLABORADOR DEVERA REALIZAR:**

EXAME: ( ) ADMISSIONAL ( ) DEMISSIONAL ( ) PERIÓDICO ( ) MUD. FUNÇÃO ( ) RETORNO AO TRABALHO.

**ASSINALE OS EXAMES COMPLEMENTARES LABORATORIAIS QUE O COLABORADOR DEVERA REALIZAR**

Acuidade Visual	Espirometria
Audiometria Tonal (14 horas de repouso auditivo)	Glicemia em Jejum
Audiometria Vocal	Hemograma Completo
Clinico (ASO)	Micológico
Coprocultura	PPF
Eletrocardiograma	Raio-X de Tórax
Eletroencefalograma	Outros

**HORÁRIO DE ATENDIMENTO**

Horário de atendimento para todos os procedimentos	Segunda à Sexta das 8:00 às 11:45 e 13:00 às 16:00
--	--

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo da Empresa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Funcionário