Guia de Encaminhamento / Requisição de Exames / Autorização para Faturamento

EMPRESA

CNPJ: _____

Razão Social: _____

FUNCIONÁRIO

CPF: _____ **Data Nascimento:** _____

Nome do Funcionário: _____

SETOR: _____

FUNÇÃO: _____

Serviços Solicitados

☐ Admissional ☐ Periódico ☐ Retorno ao Trabalho ☐ Mudança de Função
☐ Demissional ☐ Consulta ☐ Apenas Exames ☐ Outros

Exames Complementares

☐	Audiometria	☐	Hemograma Completo	☐	
☐	Ac. Visual	☐	Glicemia Jejum	☐	
☐	Espirometria	☐	EQU	☐	
☐	EEG	☐	EPF	☐	
☐	ECG	☐	Coprocultura	☐	
☐	Rx Tórax PA	☐	VDRL	☐	
☐	Rx Coluna Lombo-Sacra	☐	Ác. Hipúrico	☐	
☐	Av. Psicológica	☐	Ác. Metil-Hipúrico	☐	
☐	Av. Psicossocial	☐	Carboxihemoglobina	☐	
☐	Av. Oftalmológica	☐	Triagem Toxicológica	☐	

Realiza Atividade Crítica

☐	Trabalho em Altura	☐	
☐	Espaço Confinado	☐	
☐	Manipula Alimentos	☐	
☐	PcD	☐	
☐	Brigadista	☐	
☐	Opera Máquina ou Equipamentos Móveis	☐	

_____

_____

Responsável pelo Encaminhamento

Data: _____
Carimbo e Assinatura