

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GUIA DE ENCAMINHAMENTO MÉDICO** | **DATA:**  | **DATA DO VENCIMENTO:** |

|  |
| --- |
|  **INFORMAÇÕES DA CLÍNICA ONDE SERÃO REALIZADOS OS EXAMES**  |
| **Tipo de Documento** |  |
| **Endereço da Clinica** |  |
| **Horário de Funcionamento da Clinica** | Segunda – Quinta de 8:00 as 12:00 |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DA EMPRESA QUE SERÁ REALIZADO OS EXAMES** |
| Razão Social |  |
| CNPJ |  |
| GRAU DE RISCO |  |
| **TIPO DE RISCO** |
| Riscos Físicos |  |
| Riscos Químicos |  |
| Riscos Biológicos |  |
| Ergonômicos | POSTURA |
| Acidentes |  |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DO COLABORADOR DA EMPRESA QUE SERÁ REALIZADO OS EXAMES** |
| **NOME COMPLETO** |  |
| **DATA DE NASCIMENTO** |  |
| **RG** |  |
| **CPF** |  |
| **FUNÇÃO** |  |

|  |
| --- |
| MARQUE COM UM X O TIPO DE EXAMES QUE CONSTARÃO NO ASO |
| Admissional |  | Periódico |  | Demissional |  | Mudança de Função |  |

|  |
| --- |
| MARQUE COM UM X O TIPO DE EXAME |
| **Exame Clinico** |  | **Eletroencefalograma** |  | **Hemograma Completo** |  |
| **Audiometria** |  | **Eletrocardiogrma** |  | **Glicemia em Jejum** |  |
| **Acuidade Visual** |  | **Raio-x de Tórax** |  |  |  |
| **Espirometria** |  | **Avaliação Pisicológica** |  |  |  |

|  |
| --- |
|  MARQUE COM UM X – Apto para Trabalhos em:  |
| Altura |  | Espaço Confinado |  | Ar Quente |  |