

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA EXAME OCUPACIONAL

### LOCAL DO EXAME CLÍNICO

Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 287 – Centro – Ponta Grossa / PR

### **ATENÇÃO!** **O ATENDIMENTO É REALIZADO POR ORDEM DE CHEGADA**

- O Empregado deverá comparecer munido do RG, CPF e Carteira de Trabalho no dia do exame.
- Tolerância de atraso de até 10 minutos.
- Em caso de não comparecimento ao exame médico, sem aviso com antecedência de 24 horas, será cobrado o valor de R\$18,50 (dezoito reais e cinquenta centavos).

Empresa: \_\_\_\_\_ Razão Social: \_\_\_\_\_  
 CNPJ: \_\_\_\_\_ Ramo de Atividade: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Funcionário (a): \_\_\_\_\_  
 Setor: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O funcionário (a) realiza trabalho em altura  
 (acima de 2 (dois) metros)? ( ) sim ( ) não

O funcionário (a) realiza manipulação de alimentos?  
 ( ) sim ( ) não

Data Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Data Demissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data do Exame: \_\_\_\_\_  
 Hora: \_\_\_\_\_

### **PAGAMENTO DO EXAME (Empresas Conveniadas)**

- ( ) ASO incluso no contrato mensal ( ) Pagamento à vista (a empresa envia o valor com o Empregado)  
 ( ) Faturar o valor do ASO e exames complementares – Empresas conveniadas

### **SERVIÇO SOLICITADO**

### **Exames Complementares**

- ( ) Exame Admissional  
 ( ) Exame Demissional  
 ( ) Exame Periódico  
 ( ) Exame de Mudança de Função  
 ( ) Exame de Retorno ao Trabalho

- ( ) EEG-Eletroencefalograma  
 ( ) ECG-Eletrocardiograma  
 ( ) Audiometria  
 ( ) Gama GT  
 ( ) Glicose em Jejum  
 ( ) Hemograma Completo  
 ( ) Acuidade Visual  
 ( ) Espirometria

- ( ) Raio X Tórax PA  
 ( ) Raio X Coluna Lombo Sacra  
 ( ) Avaliação Clínica  
 ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 ( ) \_\_\_\_\_  
 ( ) \_\_\_\_\_  
 ( ) \_\_\_\_\_  
 ( ) \_\_\_\_\_

Obs.: Todos os campos são de preenchimento obrigatório