



GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Empresa: _____.

Funcionário: _____.

Data de Admissão: ___/___/___ Data de Nascimento : ___/___/___

Função : _____ - Setor : _____

RG _____ - UF- RG: _____

CPF: _____ - PIS: _____

CTPS: _____ - CBO: _____

Série CTPS: _____ - Desc. Detalhada: _____

O empregado acima mencionado deverá ser submetido ao exame:

- Admissional
- Demissional
- Periódico
- De mudança de função
- De retorno
- Exames complementares: _____

- **Funcionário com deficiência física?** SIM () NÃO ()
- **Trabalho em altura?** SIM () NÃO ()
- **Avaliação Psicológica** SIM () NÃO ()

- Preencher em 1 via, com todos os campos do formulário;
- Será obrigatório a apresentação deste para ser prestado o Atendimento.

Horário de Atendimento "CLINICO" e AUDIOMETRICO :

SEGUNDA: 7:30 as 10:00

QUARTA: 7:30 as 10:00

QUINTA: 13:00 as 15:30

RUA: BRASILINA, 82 – TRAVESSA DA AV. ESPERANÇA – AO LADO DA GUARUMOTO

Assinatura e carimbo do empregador