

ENCAMINHAMENTO - EXAME MÉDICO

ADMISSIONAL PERIÓDICO DEMISSIONAL MUDANÇA DE FUNÇÃO RETORNO AO TRABALHO

EMPRESA/UNIDADE:	CNPJ:
NOME FUNCIONÁRIO:	
FUNÇÃO:	SETOR:
DATA NASCIMENTO:	CPF: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

OBSERVAÇÃO: É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DO CPF, DATA DE NASCIMENTO, FUNÇÃO E SETOR.

EXAMES SOLICITADOS PARA:

<input type="checkbox"/> TRABALHO EM ALTURA (Para colaboradores que trabalham acima de 2 metros de altura do chão): Clínico – Acuidade Visual – Glicose – Hemograma – Psicossocial – Eletrocardiograma – Eletroencefalograma - Audiometria
<input type="checkbox"/> MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS (Para colaboradores que trabalham manipulando alimentos): Clínico – Acuidade Visual – Hemograma – Coprocultura – Protoparasitológico (EPF)
<input type="checkbox"/> TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO (Para colaboradores que trabalham em qualquer área não projetada para ocupação humana): Clínico - Acuidade - Espirometria - Hemograma - Raio-X - Av. Psicossocial – ECG - EEG - Glicose
<input type="checkbox"/> TRABALHO EM CONTATO COM ELETRICIDADE (Para colaboradores que trabalham com rede elétrica): Clínico – Acuidade – ECG – EEG - Teste de Ishihara
<input type="checkbox"/> OPERAÇÃO DE MÁQUINAS (Para colaboradores que operam caminhão empilhadeira ou talha): Clínico – Acuidade – Audiometria – ECG – EEG – Glicose – Hemograma - Av. Psicossocial

***A não realização destes exames poderá ter o resultado final de: Inapto para manipulação de alimento/ Inapto para trabalho em altura**

EXAMES COMPLEMENTARES:

<input type="checkbox"/> AUDIOMETRIA	<input type="checkbox"/> RX LOMBO SACRO	<input type="checkbox"/> VDRL
<input type="checkbox"/> CLINICO OCUPACIONAL	<input type="checkbox"/> ESPIROMETRIA	<input type="checkbox"/> TGO
<input type="checkbox"/> ACUIDADE VISUAL	<input type="checkbox"/> GRUPO SANGUINEO + FATOR RH	<input type="checkbox"/> TGP
<input type="checkbox"/> ELETROENCEFALOGRAMA	<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> PARASITOLÓGICO (EPF)
<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA	<input type="checkbox"/> GAMA GT	<input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL
<input type="checkbox"/> GLICOSE / GLICEMIA	<input type="checkbox"/> MICOLOGICO DIRETO (UNHA)	<input type="checkbox"/> ACIDO HIPURICO
<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO	<input type="checkbox"/> COLESTEROL	<input type="checkbox"/> ACIDO METIL HIPURICO
<input type="checkbox"/> RX DE TORAX OIT PA	<input type="checkbox"/> RETICULOCITOS	<input type="checkbox"/> URINA I
<input type="checkbox"/> RX COLUNA TOTAL	<input type="checkbox"/> COPROCULTURA	<input type="checkbox"/> DINAMOMETRIA
OUTROS:		

Agendamento - DATA: / /2024 HORA:

EXAMES COMPLEMENTARES – AUTORIZAMOS A REALIZAÇÃO DE EXAMES

COMPLEMENTARES A CRITÉRIO MÉDICO OU PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO OCUPACIONAL.

É obrigatória a apresentação da carteira de identidade no ato do atendimento.

Assinatura/carimbo do responsável da Empresa

LOCAL: RUA XINGU, Nº 321, JARDIM VILA ALMEIDA, INDAIATUBA, SP. CEP: 13330-675
TEL: (19) 3392-3329 | ASO@FORTRAB.COM.BR