

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

<input type="checkbox"/> Audiometria	<input type="checkbox"/> Hemograma Completo	<input type="checkbox"/> Clique aqui para digitar texto.
<input type="checkbox"/> Ac. Visual	<input type="checkbox"/> Glicemia Jejum	<input type="checkbox"/> Clique aqui para digitar texto.
<input type="checkbox"/> Espirometria	<input type="checkbox"/> EQU	<input type="checkbox"/> Clique aqui para digitar texto.
<input type="checkbox"/> EEG	<input type="checkbox"/> EPF	<input type="checkbox"/> Clique aqui para digitar texto.
<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Coprocultura	<input type="checkbox"/> Clique aqui para digitar texto.
<input type="checkbox"/> Rx Tórax PA	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> Clique aqui para digitar texto.
<input type="checkbox"/> Rx Coluna Lombo-Sacra	<input type="checkbox"/> Ác. Hipúrico	<input type="checkbox"/> Clique aqui para digitar texto.
<input type="checkbox"/> Av. Psicológica	<input type="checkbox"/> Ác. Metil-Hipúrico	<input type="checkbox"/> Clique aqui para digitar texto.
<input type="checkbox"/> Av. Psicossocial	<input type="checkbox"/> Carboxihemoglobina	<input type="checkbox"/> Clique aqui para digitar texto.
<input type="checkbox"/> Av. Oftalmológica	<input type="checkbox"/> Triagem Toxicológica	<input type="checkbox"/> Clique aqui para digitar texto.

Realiza Atividade Crítica

<input type="checkbox"/> Trabalho em Altura	<input type="checkbox"/> Clique aqui para digitar texto.
<input type="checkbox"/> Espaço Confinado	<input type="checkbox"/> Clique aqui para digitar texto.
<input type="checkbox"/> Manipula Alimentos	<input type="checkbox"/> Clique aqui para digitar texto.
<input type="checkbox"/> PcD	<input type="checkbox"/> Clique aqui para digitar texto.
<input type="checkbox"/> Brigadista	<input type="checkbox"/> Clique aqui para digitar texto.
<input type="checkbox"/> Opera Máquina ou Equipamentos Móveis	<input type="checkbox"/> Clique aqui para digitar texto.

Responsável pelo Encaminhamento

Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura