GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA EXAME

☐ Admissional ☐ Demissional

☐ Periódico ☐ Mudança de Função

☐ Retorno ao Trabalho ☐ Avaliação Médica

Medicina e Segurança do Trabalho

Nome Completo do Funcionário: _____ **Sexo:** ( ) M ( ) F

RG: _____ **Data de Nascimento:** _____ **Data de Admissão:** _____

CPF: _____ **PIS/PASEP:** _____

Setor: _____ **Função:** _____

Lista de Exames: _____

_____

_____

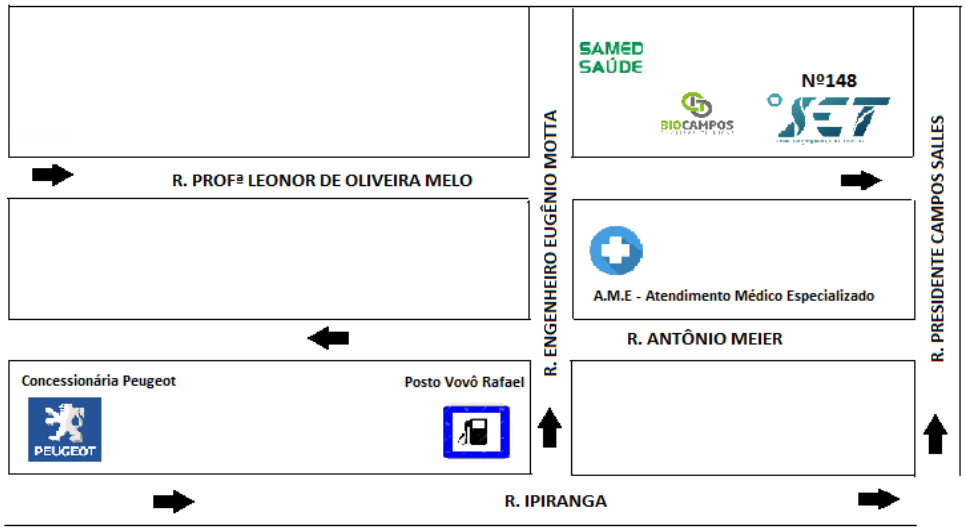
Empresa: _____

CNPJ: _____ **Telefone:** _____

Data e Horário: _____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS

_____

Assinatura e Carimbo da Empresa

SET - Serviço Especializado em Medicina e Segurança do Trabalho Ltda / CNPJ: 20.443.059/0001-61
Rua. Professora Leonor de Oliveira Melo, 148 - Jd Santista (Próximo Samed e AME)
Central de Agendamento: 11 2786-6002 / www.setocupacional.com.br / contato@setocupacional.com.br