

Encaminhamento



Av. Dom Pedro II, 411 – B. Jardim – Santo André - SP
Fone: (11) 4437-2930 Ramal 214 / 237 ou Whatsapp: (11) 97040-6832
Atendimento Médico por Ordem de Chegada: de 2ª à 6ª feira, das 8:00 às 16:00 hs.
Documentos necessários: Encaminhamento, RG e CPF

Empresa / Razão Social: _____

CNPJ: _____ E-mail: _____

Nome do Funcionário: _____ RG: _____

FUNÇÃO de REGISTRO: _____ SETOR: _____

A submeter-se ao Exame Médico Ocupacional para:

Admissional Demissional Periódico Retorno ao Trabalho Mudança de Função

Avaliação Médica Diferenciada Audiometria Semestral

Outros Exames Complementares: _____

Empresas de Alimentos ou Funções que Manipulam Alimentos, precisam: VDRL, Hemograma, Micológico, PPF, Coprocultura semestral. (o funcionário deves trazer a coleta de fezes na data, o **Resultado em 5 dias úteis**)

Postos de Gasolina: Hemograma e Reticulócitos Semestral (**Resultado em 4 dias úteis**)

Toxicológico (**Resultado em 10 dias úteis**).

O Pagamento será efetuado através do: Funcionário Cobrança bancária com taxa administrativa
(Somente para Empresas com contrato)

Data : ____ / ____ / ____ Assinatura Responsável/Empresa: _____

Obs.: A partir da liberação dos exames complementares, o Atestado de Saúde Ocupacional original ficará disponível para retirada em nossa unidade. Assinale sua opção de retirada:

Retirada na Work

Via correio (Informamos que o correio está entregando entre 20 a 30 dias após a postagem)

Dados para e-Social / PPP

RG: _____ CPF: _____ PIS: _____

CTPS: _____ SÉRIE: _____ UF: _____ CBO: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Data Admissão: ____ / ____ / ____ Data da Demissão: ____ / ____ / ____

CAT emitida: Sim Não DATA: ____ / ____ / ____ Nº da CAT: _____

♦ **Normas mínimas necessárias para incluir no sistema e-Social:** PPRA / PCMSO / LTCAT / NR-15 / NR-16 , devem também informar todos os equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Coletiva (EPC) que a empresa fornece aos trabalhadores.