



DORE
MEDICINA DO TRABALHO

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Rua Quintino de Bocaiúva, 139 - Torre - João Pessoa - PB
doremedicinaempresarial@gmail.com
Fones: (83) 98400110

DATA ___/___/___

Portar CPF e um documento com foto

Atendimento: de segunda a sexta-feira das 7h às 17h

Texto

EMPRESA SOLICITANTE (Razão Social):

CNPJ: _____ FONE: () _____

Autorizamos o (a) funcionário (a):

CPF: _____ RG: _____ Data de nascimento: ___/___/___

Contrato: _____ Setor: _____ Função: _____

Exame Médico Ocupacional:

- () ADMISSIONAL () PERIÓDICO () CONSULTA
() RETORNO AO TRABALHO () MUDANÇA DE FUNÇÃO Nova função:
() EXAME COMPLEMENTAR () DEMISSIONAL

Assinale com um X os exames a serem realizados ou Seguir o PCMSO completo:

Exames		Exames		Exames	
<input type="checkbox"/>	Exame Clínico	<input type="checkbox"/>	Gama GT	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Audiometria	<input type="checkbox"/>	Av. Psicossocial	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Acuidade Visual	<input type="checkbox"/>	Av. Oftalmológica	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Espirometria	<input type="checkbox"/>	Parasitológico (Fezes)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	ECG	<input type="checkbox"/>	Urina I	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	EEG	<input type="checkbox"/>	Rx da Coluna Sacral	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Hemograma Completo	<input type="checkbox"/>	Rx do Tórax	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Glicose	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Exames do PCMSO
OBSERVAÇÕES:					

O pagamento será feito pelo:

() Pelo Funcionário () Pela Empresa : _____

Os setores e funções deverão estar
OBRIGATORIAMENTE de acordo com o PCMSO
(Em caso de dúvidas entre em contato conosco)

Autorizado por:
ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA