



# GUIA DE AUTORIZAÇÃO

\*Todos os campos são obrigatórios o preenchimento para realização do atendimento.\*

## DADOS DA EMPRESA

RAZÃO SOCIAL:	
CNPJ:	INSC. ESTADUAL:
ENDEREÇO:	CEP:
TELEFONE:	CNAE:
E-MAIL:	

## DADOS PESSOAIS DO EMPREGADO

NOME COMPLETO:		CPF:		
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO: MASC ( ) FEM ( )	AMBIENTE DE TRABALHO:		
RG:	PIS:	CTPS:	SERIE:	POSTO DE TRABALHO:
FUNÇÃO:	CBO:	TRABALHA EM ALTURA? SIM ( ) NÃO ( )		
EXAME OCUPACIONAL: ( ) ADMISSIONAL ( ) PERIÓDICO ( ) DEMISSSIONAL ( ) MUD. DE FUNÇÃO ( ) RETORNO AO TRAB. ( ) ENCAMINHAMENTO AO INSS				DATA DA ADMISSÃO / DEMISSÃO EM CONTRATO:

## EXAMES COMPLEMENTARES

( ) AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	( ) URINA I - urinalise
( ) ACUIDADE VISUAL	( ) ÁCIDO HIPÚRICO
( ) ESPIROMETRIA	( ) METIL HIPÚRICO
( ) ELETROCARDIOGRAMA	( ) TGO
( ) ELETROENCEFALOGRAMA	( ) TGP
( ) GLICEMIA	( ) GAMA GT
( ) HEMOGRAMA COMPLETO	( ) OUTROS
( ) PSICOSSOCIAL	( ) OUTROS
( ) RAIOS X DE TÓRAX (unid. Nasa)	( ) OUTROS

## SOLICITAÇÕES DE TREINAMENTOS (MARCAR UM X)

NR 1	NR 18	NR 35	Outros (especificar)

Assinatura / Carimbo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_