



# GUIA DE ENCAMINHAMENTO

## DADOS DA EMPRESA

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

INSCRITO NO CNPJ: \_\_\_\_\_

## DADOS DO FUNCIONÁRIO

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DO RG: \_\_\_\_\_

NÚMERO DO CPF: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

SEXO:  MASCULINO  FEMININO

FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

## TIPO DE EXAME

ADMISSIONAL  PERIÓDICO  MUDANÇA DE RISCO  DEMISSIONAL  RETORNO AO TRABALHO

## INFORMAÇÕES DO EXAME

SEM EXAMES COMPLEMENTARES  AUTORIZO REALIZAR OS EXAMES CONFORME PCMSO

## REALIZA TRABALHO EM ALTURA

SIM  NÃO

## EXAMES COMPLEMENTARES A REALIZAR

ACUIDADE VISUAL  
 AUDIOMETRIA  
 ESPIROMETRIA  
 ECG  
 EEG  
 GLICEMIA CAPILAR

AV. PSICOSSOCIAL  
 URINA  
 HEMOGRAMA  
 RAIOS X TORAX  
 RAIOS X LOMBO SACRA  
 GLICEMIA NO SANGUE

TGO / TGP  
 GAMA GT  
 AC. METIL HIPURICO  
 AC. HIPURICO  
 COPROCULTURA  
 PARASITOLÓGICO

OUTROS EXAMES: \_\_\_\_\_

## TREINAMENTOS (marcar com X)

NR 01  NR 18  NR 35  OUTROS: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_



Em caso de dúvidas para o preenchimento da Guia de Encaminhamento, entre em contato no Whatsapp qr code ao lado.

ASSINATURA E CARIMBO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_