

Trabalhador

Local do Exame | Rua Abraão Lourenço de Carvalho,
Nº622 - Qd 20, Lt. 05 - Centro
CEP: 74980-020 - Ap. de Goiânia

(62) 3097-4477

R\$

Encaminhamos o Trabalhador

Nome: _____

Cargo/Função (CBO): _____

Exames autorizados:

Para a Realização do Exame: Admissional Periódico Mudança de Função Demissional Homologação ou Retorno ao Trabalho



NOME E TELEFONE DA EMPRESA CONTRATANTE e CNPJ

Autorizo o Trabalhador realizar os exames complementares abaixo:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Audiometria | <input type="checkbox"/> Raio X de Tórax | <input type="checkbox"/> Glicemia de jejum |
| <input type="checkbox"/> Espirometria | <input type="checkbox"/> Raio X de Coluna Lombo-Sacra | <input type="checkbox"/> Gama GT |
| <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma | <input type="checkbox"/> Acuidade Visual | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma | <input type="checkbox"/> Hemograma Completo | |

Trabalhador

Local do Exame | Rua Abraão Lourenço de Carvalho,
Nº622 - Qd 20, Lt. 05 - Centro
CEP: 74980-020 - Ap. de Goiânia

(62) 3097-4477

R\$

Encaminhamos o Trabalhador

Nome: _____

Cargo/Função (CBO): _____

Exames autorizados:

Para a Realização do Exame: Admissional Periódico Mudança de Função Demissional Homologação ou Retorno ao Trabalho



NOME E TELEFONE DA EMPRESA CONTRATANTE e CNPJ

Autorizo o Trabalhador realizar os exames complementares abaixo:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Audiometria | <input type="checkbox"/> Raio X de Tórax | <input type="checkbox"/> Glicemia de jejum |
| <input type="checkbox"/> Espirometria | <input type="checkbox"/> Raio X de Coluna Lombo-Sacra | <input type="checkbox"/> Gama GT |
| <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma | <input type="checkbox"/> Acuidade Visual | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma | <input type="checkbox"/> Hemograma Completo | |

Trabalhador

Local do Exame | Rua Abraão Lourenço de Carvalho,
Nº622 - Qd 20, Lt. 05 - Centro
CEP: 74980-020 - Ap. de Goiânia

(62) 3097-4477

R\$

Encaminhamos o Trabalhador

Nome: _____

Cargo/Função (CBO): _____

Exames autorizados:

Para a Realização do Exame: Admissional Periódico Mudança de Função Demissional Homologação ou Retorno ao Trabalho



NOME E TELEFONE DA EMPRESA CONTRATANTE e CNPJ

Autorizo o Trabalhador realizar os exames complementares abaixo:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Audiometria | <input type="checkbox"/> Raio X de Tórax | <input type="checkbox"/> Glicemia de jejum |
| <input type="checkbox"/> Espirometria | <input type="checkbox"/> Raio X de Coluna Lombo-Sacra | <input type="checkbox"/> Gama GT |
| <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma | <input type="checkbox"/> Acuidade Visual | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma | <input type="checkbox"/> Hemograma Completo | |

Trabalhador

Local do Exame | Rua Abraão Lourenço de Carvalho,
Nº622 - Qd 20, Lt. 05 - Centro
CEP: 74980-020 - Ap. de Goiânia

(62) 3097-4477

R\$

Encaminhamos o Trabalhador

Nome: _____

Cargo/Função (CBO): _____

Exames autorizados:

Para a Realização do Exame: Admissional Periódico Mudança de Função Demissional Homologação ou Retorno ao Trabalho



NOME E TELEFONE DA EMPRESA CONTRATANTE e CNPJ

Autorizo o Trabalhador realizar os exames complementares abaixo:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Audiometria | <input type="checkbox"/> Raio X de Tórax | <input type="checkbox"/> Glicemia de jejum |
| <input type="checkbox"/> Espirometria | <input type="checkbox"/> Raio X de Coluna Lombo-Sacra | <input type="checkbox"/> Gama GT |
| <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma | <input type="checkbox"/> Acuidade Visual | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma | <input type="checkbox"/> Hemograma Completo | |