**REQUISIÇÃO DE EXAMES OCUPACIONAL**

**INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO POR PARTE DA EMPRESA**

**Empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CNPJ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Resp. pelo encaminhamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Contato: (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome completo do colaborador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Função:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Setor de trabalho:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OBS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Matrícula da FOLHA do e-Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Exame a ser realizado**

**Assinale o tipo de exame a ser realizado, caso haja dúvida entre em contato com nossa recepção.**

Admissional Periódico Retorno ao trabalho Mudança de função Demissional

Assinale o exame complementar com base no seu PCMSO ou Exigidos pela Vigilância Sanitária

Hemograma Contagem de Reticulócitos Eletrocardiograma  Glicemia e Jejum Audiometria Espirometria

Atestado de Manipulação de Alimentos (parasitológico de fezes). outros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Documentos e informações indispensáveis para realização dos exames:**

**- Documento oficial de identificação como RG com CPF ou CNH.**

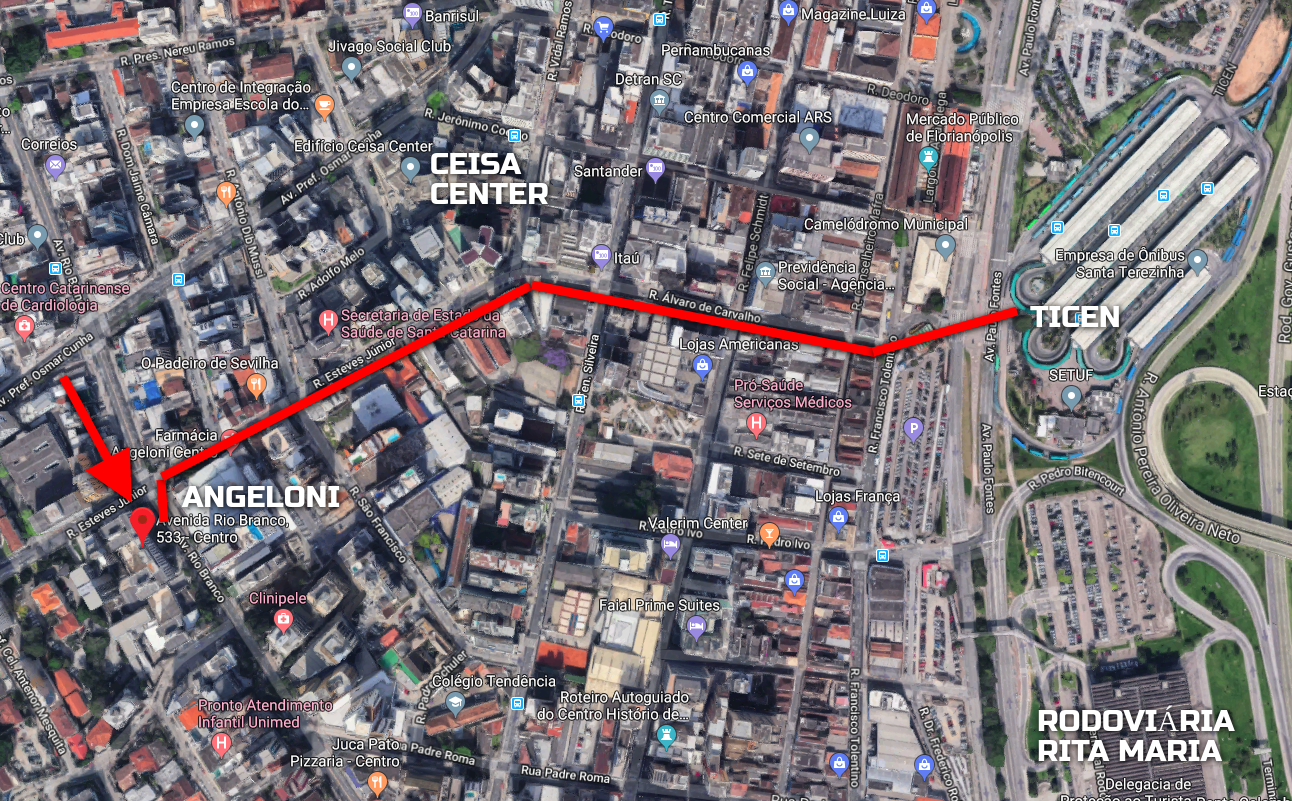
**- Carteira de trabalho** (fundamental para atender as informações do eSocial).

**ALTERAÇÕES DEVIDO AO COVID-19**

**Em orientações aos órgãos de sanitários, todos os atendimentos estão sendo realizados por horário agendado. (48) 3028-4150 (48) 3028-8150 (48) 3024-0250 (48) 99615-8964.**

Somente serão realizados exames aos menores de 16 anos, se acompanhados de um dos pais e/ou tutor legal com devida comprovação, menores de 18 anos e maiores de 16 anos, sempre acompanhados de um maior de idade;

Retorno ao trabalho será realizado somente com a apresentação do comunicado de decisão do INSS

**Em hipótese alguma será aceito cópia, documentos enviados por e-mail ou qualquer outro documento que não seja os originais**