FICHA DE ENCAMINHAMENTO E AUTORIZAÇÃO PARA CONSULTA

DATA
__/__/20__

Dados Empresariais

Nome Fantasia:_____ Razão Social:_____

CNPJ / CPF ou CEI:_____ Inscrição Estadual:_____

Inscrição Municipal:_____ CNAE:_____

Endereço:_____

Número:_____ Complemento:_____ Bairro:_____

Cidade:_____ Estado:_____ CEP:_____

Dados do Funcionário

Nome Completo:_____

Data de Nascimento:___/___/____ Setor:_____Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.

Função:_____ Matrícula: _____

CPF:_____ Identidade:_____

NIT (PIS/PASEP):_____ CTPS:_____

Exames médicos que estamos autorizando:	Exames complementares que estamos autorizando:		
☐ ADMISSIONAL	☐ E. C. G	☐ Acuidade Visual	☐ _____
☐ DEMISSIONAL	☐ E. E. G	☐ Hemograma	☐ _____
☐ PERIÓDICO	☐ Espirometria	☐ Exame de urina	☐ _____
☐ MUDANÇA DE FUNÇÃO/ÁREA	☐ Audiometria	☐ Exame de Fezes	☐ _____
☐ RETORNO AO TRABALHO	☐ Rx de Tórax	☐ _____	☐ _____

Para evitar problemas com o Ministério do Trabalho, ao preencher esta Guia, consulte o PPRA e/ou PCMSO verificando a necessidade de Exames Complementares (Audiometria, Raio-X, Laboratório, etc.). Tais exames, sempre que necessários, deverão ser mencionados nos quadros acima.

Todos os campos acima deverão ser obrigatoriamente preenchidos, juntamente com o carimbo da empresa e assinatura do responsável.	Assinatura:	Carimbo:

Obs.:_____

_____

_____

_____

_____

_____

FONES: **(33) 3522-3344 – (73) 3292-0844** www.comsegmg.com.br
Rua Castanheiras, 179 – Alegria, Teófilo Otoni – Minas Gerais – CEP: 39803-177
Rua Águas Claras, 232 – Bela Vista, Teixeira de Freitas – Bahia – CEP: 45997-006