ROPERBRAS SEGURANÇA
Segurança e Medicina do Trabalho

GUIA DE ENCAMINHAMENTO - MEDICINA OCUPACIONAL

☐ Admissional ☐ Demissional ☐ Mudança de Função ☐ Retorno ao Trabalho ☐ Periódico

DADOS PESSOAIS:

Empresa:

CNPJ:

Nome do Funcionário:

CPF:

Função:

Setor:

CASO JÁ TENHA O (PCMSO) ELABORADO PELA ROPERBRAS, NÃO É NECESSÁRIO PREENCHER ESSA ÁREA:

Riscos Físicos:

Riscos Químicos:

Riscos Biológicos:

Outros Riscos:

EXAMES:

☐ Clínico	☐ Acuidade Visual	☐ Audiometria	☐ Espirometria
☐ Eletrocardiograma	☐ Eletroencefalograma	☐ Hemograma	☐ Glicemia
☐ RX do Tórax	☐ RX Lombo Sacra	☐ Urina	☐ Coprocultura
☐ Gama GT	☐ Avaliação Psicossocial	☐ Protoparasitológico	☐ Outros

Data do Exame: **Liberar Aso:** ☐ Sim ☐ Não

ATENÇÃO: Atendimento será realizado por ordem de chegada no local

Escolha uma das unidades abaixo e preencha com o nome da cidade:

- Tel: (19) 3909-4649
Av. São Francisco de Assis, 557, Vila Real
email: ocupacional2@roperbras.com.br

- Tel: (19) 3231-2154
Rua Barreto Leme, 426, Centro
email: ocupacional@roperbras.com.br

- Tel: (19) 2660-0310
R. César Zoppi, 64 - Jardim Morada do Sol
email: ocupacional5@roperbras.com.br

OBS: Após preencher, assinar e carimbar, envie uma cópia digitalizada para o email da unidade onde será atendido(a).

Assinatura e Carimbo do Emitente
(Empresa)

Assinatura do Funcionário