

GUIA DE ENCAMINHAMENTO - MEDICINA OCUPACIONAL

Admissional Demissional Mudança de Função Retorno ao Trabalho Periódico

DADOS PESSOAIS:

Empresa:

CNPJ:

Nome do Funcionário:

RG:

Função:

Setor:

Riscos Físicos:

RISCOS:

Riscos Químicos:

Riscos Biológicos:

Outros Riscos:

EXAMES:

- | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clínico | <input type="checkbox"/> Acuidade Visual | <input type="checkbox"/> Audiometria | <input type="checkbox"/> Espirometria |
| <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma | <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma | <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> Glicemia |
| <input type="checkbox"/> RX do Tórax | <input type="checkbox"/> RX Lombo Sacra | <input type="checkbox"/> Urina | <input type="checkbox"/> Coprocultura |
| <input type="checkbox"/> Gama GT | <input type="checkbox"/> Avaliação Psicossocial | <input type="checkbox"/> Protoparasitológico | <input type="checkbox"/> 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:

Hortolândia - Tel: (19) 3909-4649

Av. São Francisco de Assis, 557, Vila Real
email: ocupacional2@roperbras.com.br

Campinas - Tel: (19) 3231-2154

R. Visconde do Rio Branco, 853, Centro
email: ocupacional@roperbras.com.br

Indaiatuba - Tel: (19) 2660-0310

Al. Comend. Dr. Santoro, 65 SL28, Dist.Industrial
email: ocupacional5@roperbras.com.br

OBS: O Preenchimento desta guia pode ser digital ou manualmente.

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