

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Ao preencher esta guia, consulte o (PCMSO) Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional para verificar a necessidade de exames complementares. Quando necessário, esses exames devem ser descritos no campo *Exames Complementares*.

### Clínica do Atendimento

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Carimbo do CNPJ (obrigatório)

Nome do colaborador: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Função conforme registro: \_\_\_\_\_

Empresa/Unidade: \_\_\_\_\_

OBRIGATÓRIA A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO COM FOTO

### Tipo do exame

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Admissional       | <input type="checkbox"/> Retorno ao trabalho |
| <input type="checkbox"/> Demissional       | ( ) Licença maternidade                      |
| <input type="checkbox"/> Periódico         | ( ) Auxílio doença                           |
| <input type="checkbox"/> Mudança de função | ( ) Acidente de trabalho                     |

### Exames Complementares

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Audiometria em ___/___/___  | <input type="checkbox"/> Acuidade visual em ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Outros ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Espirometria em ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Hemograma ___/___/___          | _____                                       |
| <input type="checkbox"/> ECG em ___/___/___          | <input type="checkbox"/> Glicemia jejum em ___/___/___  | _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Raio X tórax em ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Aval. psico. em ___/___/___    | _____                                       |
| <input type="checkbox"/> EEG em ___/___/___          | <input type="checkbox"/> Creatinina em ___/___/___      | _____                                       |

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do(a) solicitante

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Data do exame

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) colaborador(a)

