



**PROMED**  
Medicina e Segurança do Trabalho

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Rua Amazonas, 305 - Vila Mendonça - Araçatuba – SP  
CEP: 16.015-170  
Fones: (18) 3301.1361  
[www.promedaracatuba.com.br](http://www.promedaracatuba.com.br) | [recepcao@promedaracatuba.com.br](mailto:recepcao@promedaracatuba.com.br)

**Atendimento: de Segunda a Sexta-feira – com Agendamento Prévio pelo Fone/E-mail acima**

**EMPRESA SOLICITANTE (Razão Social):** \_\_\_\_\_

**CNPJ:** \_\_\_\_\_ **FONE:** ( ) \_\_\_\_\_

**Autorizamos o (a) funcionário (a):** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_ **Data de nascimento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Contrato:** \_\_\_\_\_ **Sector:** \_\_\_\_\_ **Função:** \_\_\_\_\_

### Exame Médico Ocupacional:

- ( ) **ADMISSIONAL**                      ( ) **PERIÓDICO**                      ( ) **CONSULTA**  
( ) **RETORNO AO TRABALHO**      ( ) **MUDANÇA DE FUNÇÃO** Nova função: \_\_\_\_\_  
( ) **EXAME COMPLEMENTAR**      ( ) **DEMISSIONAL**

**Assinale com um X os exames a serem realizados ou Seguir o PCMSO completo:**

Exames		Exames		Exames	
<input type="checkbox"/>	Exame Clínico	<input type="checkbox"/>	Gama GT	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Audiometria	<input type="checkbox"/>	Av. Psicossocial	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Acuidade Visual	<input type="checkbox"/>	Av. Oftalmológica	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Espirometria	<input type="checkbox"/>	Parasitológico (Fezes)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	ECG	<input type="checkbox"/>	Urina I	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	EEG	<input type="checkbox"/>	Rx da Coluna Sacral	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Hemograma Completo	<input type="checkbox"/>	Rx do Tórax	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Glicose	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Exames do PCMSO

**OBSERVAÇÕES:** \_\_\_\_\_

### O pagamento será feito pelo:

- ( ) Pelo Funcionário                      ( ) Pela Empresa : \_\_\_\_\_

### Observações:

Os setores e funções deverão estar **OBRIGATORIAMENTE**  
de acordo com o PCMSO  
(Em caso de dúvidas entre em contato conosco)

Examinado deve portar CPF e 01 documento com Foto

### Autorizado por:

**Empresa**  
(carimbo)

**ACIA**  
(carimbo)