



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 | 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: _____ Setor: _____ Função: _____

Exame Médico Ocupacional:

- () ADMISSIONAL () PERIÓDICO () CONSULTA
() RETORNO AO TRABALHO () MUDANÇA DE FUNÇÃO Nova função: _____
() EXAME COMPLEMENTAR () DEMISSSIONAL

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)