



Guia de Encaminhamento

Preencha os dados abaixo para solicitar um encaminhamento!
Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

Local _____ Data _____

Empregador

Empresa _____ CNPJ _____

Responsável _____

Contato _____

E-mail _____ Telefone _____

Empregado

Funcionário _____

RG _____ CPF _____ Data Nascimento _____

Setor _____ Função _____

Tipo de Exame Médico (ASO)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Admissional | <input type="checkbox"/> Periódico |
| <input type="checkbox"/> Demissional | <input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho | <input type="checkbox"/> Mudança de Função |
| <input type="checkbox"/> Abono de Atestado | | |

Exames Complementares

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Somente Selecionados | <input type="checkbox"/> De acordo a função | <input type="checkbox"/> De acordo PCMSO |
| <input type="checkbox"/> Audiometria | <input type="checkbox"/> Glicemia | <input type="checkbox"/> Espirometria |
| <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma | <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> Ácido Metilhipúrico |
| <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma | <input type="checkbox"/> TGO | <input type="checkbox"/> Ácido Hipúrico |
| <input type="checkbox"/> Raio-X do Torax | <input type="checkbox"/> TGP | <input type="checkbox"/> Creatinina |
| <input type="checkbox"/> Raio-X da Coluna Cervical | <input type="checkbox"/> Gama GT | <input type="checkbox"/> Colinesterase |
| <input type="checkbox"/> Dosagem Cromo Urina | <input type="checkbox"/> Beta HCG | <input type="checkbox"/> Fator ABO / RH |
| <input type="checkbox"/> Dosagem Zinco Urina | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> Colesterol Total |
| <input type="checkbox"/> Parasitológico de Fezes | <input type="checkbox"/> Urina I | <input type="checkbox"/> Cultura de Fezes |
| <input type="checkbox"/> Hemoglobina Glicosilada | <input type="checkbox"/> Ureia | <input type="checkbox"/> Lipidograma |
| <input type="checkbox"/> Acuidade Visual com Laudo | <input type="checkbox"/> Anti HBS | <input type="checkbox"/> Avaliação Psicológica |