



GUIA DE ENCAMINHAMENTO

EMPRESA

FUNCIONÁRIO

NOME:

DATA DE ADMISSÃO: / /

RG:

DATA DE DEMISSÃO: / /

DATA DE NASCIMENTO: / /

FEMININO MASCULINO

FUNÇÃO:

SETOR:

ADMISSIONAL

DEMISSIONAL

PERIÓDICO

RETORNO AO TRABALHO

MUDANÇA DE FUNÇÃO

EXAMES COMPLEMENTARES

ACUIDADE VISUAL

EXAME CLÍNICO

ELETROCARDIOGRAMA

GLICOSE

ELETROENCEFALOGRAMA

HEMOGRAMA COMPLETO

ESPIROMETRIA

TIPO SANGUÍNEO

EXAME AUDIOMÉTRICO

RAIOS X DE TÓRAX

OUTROS: _____

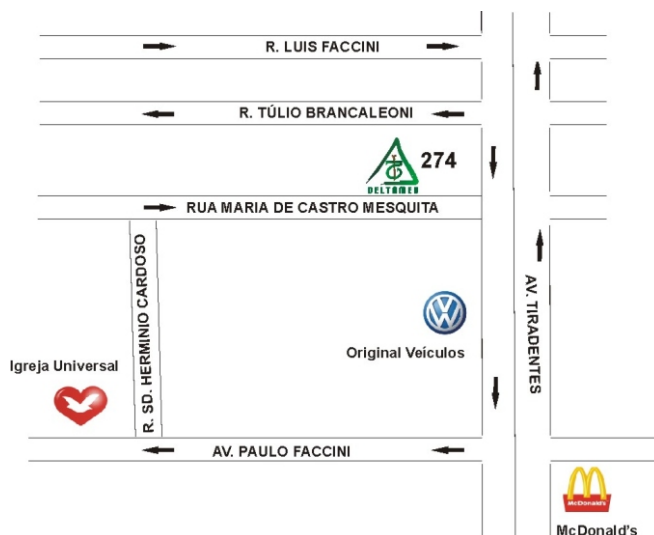
HORÁRIO DE ATENDIMENTO:

das 08:00 às 11:30h e das 13:00 às 16:00h

DATA: ____/____/____

LOCAL DE ATENDIMENTO:

R. Maria de Castro Mesquita, 274 - Centro - Guarulhos / Tel: (11) 4964-1222



Assinatura / Carimbo da Empresa