**Guia de Encaminhamento**

 **Requisição de Exames | Solicitação Laudos | Autorização para Faturamento**

**DADOS DA EMPRESA**

|  |
| --- |
| Razão Social: |
| CNPJ: |
| Telefone: |
| Contato: |
| E-mail: |
| Números Total de Colaboradores: |

**DADOS COLABORADOR**

|  |
| --- |
| Colaborador:  |
| Função: |
| Setor: |
| RG: | CPF |
| CTPS: | Série:  | UF: |
| NIT/PIS: |

**Atestado de Saúde Ocupacional**

( ) Admissional ( ) Periódico ( ) Retorno ao Trabalho ( ) Mudança de Função

( ) Demissional ( ) Consulta ( ) Apenas Exames ( ) Outros

**Exames Complementares**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) Audiometria | ( ) Hemograma Completo | ( ) Outros |
| ( ) Ac. Visual | ( ) Glicemia Jejum | ( ) |
| ( ) Espirometria | ( ) EQU | ( ) |
| ( ) EEG | ( ) EPF | ( ) |
| ( ) ECG | ( ) Coprocultura | ( ) |
| ( ) Rx Tórax PA | ( ) VDRL | ( ) |
| ( ) Rx Coluna Lombo-Sacra | ( ) Ác. Hipúrico | ( ) |
| ( ) Av. de Capacidade | ( ) Ác. Metil-Hipúrico | ( ) |
| ( ) Av. Psicossocial | ( ) Carboxihemoglobina | ( ) |
| ( ) Av. Oftalmológica | ( ) Triagem Toxicológica | ( ) |

**Exames Específicos**

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Trabalho em Altura | ( ) Outros |
| ( ) Espaço Confinado | ( )  |
| ( ) Manipulação de Alimentos | ( ) |
| ( ) PcD  | ( )  |
| ( ) Brigadista | ( )  |
| ( ) Operação de Máquinas ou Equipamentos Móveis | ( )  |

**Laudos\***

|  |
| --- |
| ( ) LTCAT – Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho |
| ( ) PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais |
| ( ) PCMSO – Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional |

*\*Para confecção dos laudos a empresa deverá encaminhar a planilha de importação (em anexo) com dados completos dos colaboradores.*

**Responsável pelo Encaminhamento:**

**Data:**