

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Funcionário: _____

Função: _____ Setor: _____

RAZÃO SOCIAL: _____ **CNPJ:** _____

ADMISSIONAL **DEMISSIONAL** **PERIÓDICO** **RETORNO AO TRABALHO** **TROCA DE FUNÇÃO**

<input type="checkbox"/> Exame Clínico
<input type="checkbox"/> Audiometria
<input type="checkbox"/> Acuidade Visual
<input type="checkbox"/> Eletrocardiograma
<input type="checkbox"/> Eletroencefalograma
<input type="checkbox"/> Espirometria
<input type="checkbox"/> Raio-X Tórax PA (OIT)
<input type="checkbox"/> Raio-X Coluna Lombar

<input type="checkbox"/> Raio-X Coluna Cervical
<input type="checkbox"/> Ácido Hipúrico
<input type="checkbox"/> Ácido Metil Hipúrico
<input type="checkbox"/> Ácido Trans-mucônico
<input type="checkbox"/> Coprocultura
<input type="checkbox"/> Gama GT
<input type="checkbox"/> Glicemia em Jejum
<input type="checkbox"/> Hemograma Completo

<input type="checkbox"/> Micológico de Unha
<input type="checkbox"/> Protoparasitológico de Fezes
<input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea + fator rh
<input type="checkbox"/> TGO
<input type="checkbox"/> TGP
<input type="checkbox"/> Reticulócitos
<input type="checkbox"/> Urina I
<input type="checkbox"/> VDRL

OUTROS EXAMES: _____

AUTORIZADO POR: _____

Os setores, funções e exames, deverão estar OBRIGATORIAMENTE de acordo com o P.C.M.S.O.
(Em caso de dúvidas, entre em contato conosco)