

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA EXAME MÉDICO OCUPACIONAL

NOME DA EMPRESA: _____

TELEFONE: _____

ASO - Assessoria em Saúde Ocupacional
Rua Abel Pereira de Castro, nº 484 - Centro - Fone: (64) 3621-3908

Encaminhamos a Sr(a):

Data de Nascimento:

Natural de:

Setor

A ser preenchido pela ASO

Função:

Peso: _____ Altura: _____ PA: _____

ADMISSIONAL

() DEMISSIONAL

() PERIÓDICO

() RETORNO AO TRABALHO

() MUDANÇA DE FUNÇÃO

Nova Função:

() OUTROS

Especificar:

Data: __ / __ / ____

Assinatura do Encaminhador:
