

EMPRESA:		
FUNCIONARIO:		RG:
		CPF:
FUNÇÃO:	CBO:	CTPS: SERIE/UF:
		PIS/NIT:
LOCAL DE TRABALHO:		
SEXO: () M () F	DATA DE ADMISSÃO: / /	DATA DE NASCIMENTO: / /
CÓDIGO DO SETOR:	MATRICULA:	SETOR DE TRABALHO:

Exames Ocupacionais	Exame Complementares	Exame Laboratoriais
<input type="checkbox"/> <i>ADMISSIONAL</i>	<input type="checkbox"/> <i>AUDIOMETRIA</i>	<input type="checkbox"/> <i>HEMOGRAMA / PLAQUETAS</i>
<input type="checkbox"/> <i>DEMISSIONAL</i>	<input type="checkbox"/> <i>ACUIDADE VISUAL</i>	<input type="checkbox"/> <i>GLICEMIA</i>
<input type="checkbox"/> <i>PERIÓDICO</i>	<input type="checkbox"/> <i>ELETROCARDIOGRAMA</i>	<input type="checkbox"/> <i>PARASITOLÓGICO DE FEZES</i>
<input type="checkbox"/> <i>MUDANÇA DE FUNÇÃO</i>	<input type="checkbox"/> <i>ELETROENCEFALOGRAMA</i>	<input type="checkbox"/> <i>TGO/TGP/GGT</i>
<input type="checkbox"/> <i>RETORNO AO TRABALHO</i>	<input type="checkbox"/> <i>RX DE TORAX PA-OIT</i>	<input type="checkbox"/> <i>ÁCIDO HIPÚRICO</i>
<input type="checkbox"/> <i>AValiação</i>	<input type="checkbox"/> <i>ESPIROMETRIA</i>	<input type="checkbox"/> <i>ÁCIDO METIL - HIPÚRICO</i>
	<input type="checkbox"/> <i>AValiação Psicosocial</i>	<input type="checkbox"/> <i>TRIGLICÉRIDES</i>
	<input type="checkbox"/> <i>OUTROS</i>	
	<input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> _____	

ASSINATURA E CARIMBO

OBSERVAÇÃO

O NÃO PREENCHIMENTO DESTES DADOS E EXAMES IMPOSSIBILITARA O ATENDIMENTO DE FORMA CORRETA DO COLABORADOR.