****

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA**

**EXAMES MÉDICO OCUPACIONAL**

**NOME DA EMPRESA:**

**CONTATO: CNPJ:**

**TEL:**

**CLÍNICA: SALVADORSEG MEDICINA DO TRABALHO LTDA**

**Através da presente estamos encaminhando o Sr. (a)­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data de Nascimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_na função de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Para realização de exame médico do tipo:**

**( ) ADMISSIONAL ( ) PERIÓDICO ( ) RETORNO AO TRABALHO**

**( ) DEMISSIONAL ( ) MUNDANÇA DE FUNÇÃO**

**Exames Complementares:**

**( ) Avaliação clinica ( ) Acuidade Visual ( ) Reticulócitos**

**( ) Audiometria ( ) Cons. Oftalmológica ( ) Gama GT**

**( ) Espirometria ( ) Cons. Odontológica ( ) Glicemia**

**( ) Rx do Tórax ( ) Teste Ergométrico ( ) Grupo Sang/Fator RH**

**( ) Rx da Coluna ( ) Hemograma ( ) S. Urina**

**( ) Cons. Psicológica ( ) Plaquetas ( ) P. Fezes**

**( ) EEG ( ) TGO ( ) PPP**

**( ) ECG ( ) TGP**

**LOCAL: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ SALVADOR DATA:**

**ASSINATURA e CARIMBO DA EMPRESA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Encaminhar para SALVADORSEG (Próximo ao Colégio Góes Calmon)**

**Endereço: Av. Dom João VI, nº 139, Acupe de Brotas / Tel: 3036-1692 e 3276-5384**

**Horário: 07:00 às 12:00 ( Ordem de chegada)**

**Obs: Laboratório/Unidade Brotas 07:00 às 11:00 horas**

**FAVOR TRAZER IDENTIDADE.**