



FONSECA SERVIÇOS MÉDICOS E CONSULTORIA

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA EXAME MÉDICO OCUPACIONAL

EMPRESA (RAZÃO SOCIAL COMPLETO):	
NOME COMPLETO DO FUNCIONÁRIO:	
DATA DE NASCIMENTO:	RG:
SETOR:	
FUNÇÃO (CONFORME REGISTRO EM CARTEIRA):	
OBS: PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL, PREFERÍVELMENTE EM LETRA DE FORMA.	
<u>ÀS EMPRESAS CLIENTES:</u> É IMPORTANTE QUE A FUNÇÃO DO COLABORADOR ESTEJA DE ACORDO COM O P.C.M.S.O. VIGENTE, OU QUE JÁ TENHA SIDO INFORMADA À NOSSA EQUIPE PARA REALIZAR OS EXAMES COMPLEMENTARES NECESSÁRIOS.	

TIPO DE EXAME

- Ex. Médico Admissional Ex. Médico Periódico Ex. Médico Demissional
- Ex. Médico de Retorno ao Trabalho Ex. Médico de Mudança de Função

EXAMES COMPLEMENTARES

- Audiometria Acuidade Visual Eletrocardiograma Eletroencefalograma Glicemia
- Rx de Tórax Espirometria Outros: _____

Para o exame de **ELETROENCEFALOGRAMA**, não passar condicionador, e no dia do exame não molhar o cabelo, não passar gel / spray ou qualquer outro produto. Levar uma toalha de rosto, para higienização da cabeça.

Para **GLICEMIA** jejum de 8hrs. E alguns exames laboratoriais complementares devem ser colhidos no período da manhã, entre em contato com nossa equipe para confirmar.

Exames de **RAIO-X**, são realizados apenas no período da manhã em laboratório terceirizado das 8hrs às 10:30hrs.

PARA USO DA EMPRESA, ESPAÇO PARA OBSERVAÇÕES:

**ENDEREÇO: RUA GUARANÉSIA,
143, VILA MARIA, SÃO PAULO**

**HORARIO DE FUNCIONAMENTO: SEGUNDA A SEXTA DAS
7:30 HORAS ÀS 16 HORAS.**

DATA: _____

Assinatura e carimbo da empresa