

## ENCAMINHAMENTO - EXAME MÉDICO

ADMISSIONAL  PERIÓDICO  DEMISSIONAL  MUDANÇA DE FUNÇÃO  RETORNO AO TRABALHO

APTIDÃO FÍSICA  CLÍNICO GERAL

EMPRESA/UNIDADE	CNPJ:
NOME FUNCIONÁRIO	
FUNÇÃO	SETOR
RG _____ DATA NASCIMENTO _____	
CPF _____ SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> CTPS/SÉRIE _____	

### ASSINALE OS EXAMES COMPLEMENTARES:

<input type="checkbox"/> CLINICO OCUPACIONAL	<input type="checkbox"/> GLICOSE	<input type="checkbox"/> UROCULTURA
<input type="checkbox"/> AUDIOMETRIA	<input type="checkbox"/> GAMA GT	<input type="checkbox"/> VDRL
<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA	<input type="checkbox"/> GRUPO SANGUINEO	<input type="checkbox"/> ZINCO
<input type="checkbox"/> ELETROENCEFALOGRAMA	<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> FEZES PARASITOLÓGICO
<input type="checkbox"/> ESPIROMETRIA	<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO	<input type="checkbox"/> FERRO SERICO
<input type="checkbox"/> RX DE TORAX OIT	<input type="checkbox"/> HEMOSSENDIMENTAÇÃO-VHS	<input type="checkbox"/> UREIA
<input type="checkbox"/> RX LOMBO SACRO	<input type="checkbox"/> MACHADO GUERREIRO	<input type="checkbox"/> CHUMBO
<input type="checkbox"/> RX COLUNA CERVICAL	<input type="checkbox"/> MANGANES URINA	<input type="checkbox"/> TRIGLICERIDES
<input type="checkbox"/> ACUIDADE VISUAL	<input type="checkbox"/> MANGANES SANGUE	<input type="checkbox"/> CREATININA
<input type="checkbox"/> TESTE ERGOMÉTRICO	<input type="checkbox"/> METILETILCETONA	<input type="checkbox"/> TGO
<input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL	<input type="checkbox"/> MICOLOGICO DIRETO (UNHA)	<input type="checkbox"/> TGP
<input type="checkbox"/> TOXICOLÓGICO (MOTORISTA)	<input type="checkbox"/> META-HEMOGLOBINA	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/> POTASSIO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CARBOXIHEMOGLOBINA	<input type="checkbox"/> PSA TOTAL	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ALA Ú URINARIO	<input type="checkbox"/> PSA LIVRE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ACIDO HIPURICO	<input type="checkbox"/> PSA TOTAL/LIVRE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ACIDO METIL HIPURICO	<input type="checkbox"/> RETICULOCITOS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ACIDO URICO	<input type="checkbox"/> SANGUE OCULTO NAS FEZES	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PLUMBEMIA	<input type="checkbox"/> SODIO	<input type="checkbox"/>

### Agendamento:

DATA: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

É obrigatória a apresentação da  
**carteira de identidade** do  
funcionário no ato do atendimento.

EXAMES COMPLEMENTARES

AUTORIZAMOS A REALIZAÇÃO DE EXAMES A CRITÉRIO MÉDICO OU ATRAVÉS DO PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL.

\_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do responsável da Empresa

(escanear e enviar por e-mail: contato@fortrab.com.br)

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_