



Autorização de exames

Nome do funcionário: _____

RG:* _____ CPF:* _____

Função: _____ Setor: _____

Data de admissão: ____ / ____ / ____

* É obrigatória a apresentação do RG e CPF.

Função e Setor: preenchimento obrigatório de acordo com PCMSO.

Solicito o exame médico abaixo:

Admissional

Periódico

Demissional

Troca/mudança de função (nova função): _____

Retorno ao trabalho (apresentar alta do INSS quando for o caso)

Laudo PCD (marcar também o tipo de exame médico a ser realizado)

Avaliação de especialista: _____

Avaliação extra médico do trabalho

Os exames complementares devem ser realizados em atendimento à NR 07, descritos no PCMSO

Outros exames complementares: _____

Empresa: _____ Filial: _____

Data: ____ / ____ / ____

Carimbo e assinatura da empresa

Unidades de atendimento Medicina Ocupacional

Porto Alegre - (51) 3225.7646 Rua Alberto Bins, 799 - Centro

Cachoeirinha - (51) 3441.9002 Rua Lídio Batista Soares, 57

Gravataí - (51) 3484.8400 Av. José Loureiro da Silva, 1843

São Leopoldo (51) 3579.4600 Av. João Alberto, 313

Canoas - (51) 3462.9200 Rua Gurupi, 71 - Igara

Viamão - (51) 3434.3505 Av. Américo Vespúcio Cabral, 96

Alvorada - (51) 3442.3008 Rua Bandeirantes, 52

Guaíba - (51) 3491.2999 Av. Vinte de Setembro, 370