



GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Empresa:

Colaborador:

R.G.: Data Nasc. / / Estado Civil

Função: Setor

Trazer RG ou Carteira de Trabalho para fazer Exame Médico, no dia / /

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Admissional | <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Mudança de Função |
| <input type="checkbox"/> Retorno ao trabalho | <input type="checkbox"/> Demissional | <input type="checkbox"/> Acidente trabalho/Consulta |

Autorizo a realização dos seguintes exames complementares:

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Audiometria | <input type="checkbox"/> Acuidade Visual | <input type="checkbox"/> Raio x Tórax |
| <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma | <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma | <input type="checkbox"/> Espirometria |
| <input type="checkbox"/> Outros | | |

Obs.: Este encaminhamento deverá ser obrigatoriamente entregue na **EMK**

Assinatura e carimbo da empresa

Rua Dr. Souza Alves, 139 - Tel.: (12) **3629-5884** / Fax (12) **3635-3909** - Cep 12020-030 - Centro
Taubaté - SP - e-mail: recepcao@emkmedicos.com.br