

Formulário de Encaminhamento

RAZÃO SOCIAL/EMPRESA:

CNPJ: E-MAIL:

NOME DO FUNCIONÁRIO: RG:

FUNÇÃO DE REGISTRO: SETOR:

CPF: PIS: CBO:

CTPS: SÉRIE: UF: DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

DATA DE ADMISSÃO: ___/___/___ Matrícula eSocial:

(IMPORTANTE: Assim que registrar informar matrícula do eSocial para o e-mail: esocial@workmedicina.com.br)

DATA DE DEMISSÃO: ___/___/___

PPP / Emitir: SIM NÃO

AO SUBMETER-SE AO EXAME MÉDICO OCUPACIONAL PARA:

- Admissional Demissional Periódico Retorno ao Trabalho Mudança de riscos ocupacionais
- Avaliação Médica Diferenciada Audiometria Semestral

Outros Exames Complementares: _____

- Empresas de Alimentos ou Funções que Manipulam Alimentos, precisam:** VDRL, Hemograma, Micológico de Unha, PPF, Coprocultura Semestral. O funcionário deverá trazer a coleta de Fezes na data. (Resultado em 5 dias úteis)
- Postos de Gasolina: Hemograma e Reticulócitos Semestral (Resultado em 04 dias úteis)
- Toxicológico (Resultado em 10 dias úteis)
- Urina, Ácido Hipúrico, Acetona na Urina, Metil Hipúrico (Resultado em 05 dias úteis)

PAGAMENTO

Funcionário

Cobrança bancária com Taxa Administrativa
(Somente Empresas com Contrato)

Data: ___/___/___ Assinatura do Responsável da Empresa: _____

A partir da liberação dos exames complementares, o Atestado de Saúde Ocupacional Digital (em PDF) é enviado para o e-mail de cadastro da empresa, e para o e-mail do funcionário, que for informado na abertura da ficha na Recepção. Para melhor identificação do e-mail, o assunto é enviado como:

"Envio do ASO DIGITAL da WORK MEDICINA"