

Formulário de Encaminhamento

Dados da Empresa

Razão Social: CNPJ:

E-mail:

Dados do Funcionário

Nome: RG:

CPF: PIS:

Setor: CBO:

Função:

Nascimento: Admissão:

Demissão: Matrícula eSocial:

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

Emitir PPP:

AO SUBMETER-SE AO EXAME MÉDICO OCUPACIONAL PARA:

- | | |
|--|--|
| ☐ Admissional | ☐ Demissional |
| ☐ Periódico | ☐ Retorno ao Trabalho |
| ☐ Mudança de Função | ☐ Avaliação Médica Diferenciada |
| ☐ Audiometria Semestral | |

☐ Empresa de Alimentos

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

Toxicológico (Resultado em 10 dias úteis)

☐ Urina

Urina, Ácido Hipúrico, Acetona na Urina, Metil Hipúrico (Resultado em 05 dias úteis)

Outros Exames:

Pagamento

- ☐ Funcionário
- ☐ Cobrança bancária com Taxa Administrativa (Somente Empresas com Contrato)

Data: Assinatura do Responsável:

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".

Horário de Atendimento Médico: Segunda à Sexta das 08:00 às 15:00

Av. Pe. Anchieta, 199 - B. Jardim - Santo André/SP | (11) 4437-2930 | (11) 95839-0082