



REQUISIÇÃO DE EXAME DE SAÚDE OCUPACIONAL

Exame Clínico

- Admissional
- Demissional
- Periódico
- Mudança de Função
- Retorno à Atividade
- Outros: _____

Exame Complementar

- Audiometria
- Acuidade Visual
- Eletrocardiograma
- Eletroencefalograma
- RX Tórax PA/PE
- Espirometria
- Hemograma Completo
- Glicose
- Tipo Sanguíneo + RH
- EAS (urina)
- EPF (fezes)
- Outros: _____

Dados da Empresa

Razão Social: _____

CNPJ: _____

Dados do Colaborador

Empregado: _____

Função: _____ CTPS: _____ Série: _____

Dados da Solicitação

Solicitante: _____

Data: _____ Assinatura: _____

Estrada do Tindiba, 1953 - Taquara - Jacarepaguá
(21) 3392 9440 | 2425 6562

HORARIO DE ATENDIMENTO - 2ª Feira à 6ª Feira das 9:00 hrs as 11:30 hrs e 14:00 as 16:30 hrs.

VALOR DO EXAME: R\$ 45,00 (Quarenta e Cinco reais) Levar CTPS e Identidade.