



AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES

PREVENTEC - MEDICINA, SEGURANÇA DO TRABALHO E FONOAUDIOLOGIA
AV. DAS EMBAUBAS, Nº2065, SETOR COMERCIAL, SINOP - MT

Autorizamos o funcionário (a): _____

RG: _____ Data Nasc: ___/___/___ CPF: _____

Nome da mãe: _____

EXAME: ADMISSIONAL() PERIÓDICO() M.FUNÇÃO() RET.TRAB. FÉRIAS() RET. INSS() DEMISSSIONAL()
() CLINICO () AUDIOMETRIA () ACUIDADE VISUAL C/ LAUDO () TRAB. EM ALTURA () ESPAÇO CONFINADO

EXAMES COMPLEMENTARES SUGERIDOS DE ACORDO C/ QUADRO DE EXAMES DO PCMSO:

() ELETROCARDIOGRAMA-(ECG) () DOSAGEM ACETILCOLINESTERASE NO SANGUE () GLICEMIA
() ELETROENCEFALOGRAMA-(EEG) () HEMOGRAMA COMPLETO () LEISHMANIOSE () TUBERCULOSE
() ESPIROMETRIA () GAMA GT () HEPATITE "B" () SUMÁRIO DE URINA
() RX COLUNA LOMBO SACRA () TGO/TGP () MALARIA
() RX TORAX AP () EAS-URINA () VDRL
() DOSAGEM DE CHUMBO SÉRICO () EPF-FEZES () DENGUE
() OUTROS: _____

FUNÇÃO: _____ **CBO:** _____

SETOR: _____

RAZÃO SOCIAL: _____

CNPJ: _____ **Fone empresa:** _____

OBS: os itens destacados em vermelho são de preenchimento obrigatório. ATENÇÃO AO PREENCHIMENTO.

A Preventec realizará apenas os exames que estiverem solicitados. A responsabilidade legal da realização dos exames complementares em acordo com o risco da função compete unicamente ao empregador.

OBS: TRAZER DOCUMENTO COM FOTO NO DIA DO EXAME.

_____/_____/_____
DATA

DEPTº PESSOAL



AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES

PREVENTEC - MEDICINA, SEGURANÇA DO TRABALHO E FONOAUDIOLOGIA
AV. DAS EMBAUBAS, Nº2065, SETOR COMERCIAL, SINOP - MT

Autorizamos o funcionário (a): _____

RG: _____ Data Nasc: ___/___/___ CPF: _____

Nome da mãe: _____

EXAME: ADMISSIONAL() PERIÓDICO() M.FUNÇÃO() RET.TRAB. FÉRIAS() RET. INSS() DEMISSSIONAL()
() CLINICO () AUDIOMETRIA () ACUIDADE VISUAL C/ LAUDO () TRAB. EM ALTURA () ESPAÇO CONFINADO

EXAMES COMPLEMENTARES SUGERIDOS DE ACORDO C/ QUADRO DE EXAMES DO PCMSO:

() ELETROCARDIOGRAMA-(ECG) () DOSAGEM ACETILCOLINESTERASE NO SANGUE () GLICEMIA
() ELETROENCEFALOGRAMA-(EEG) () HEMOGRAMA COMPLETO () LEISHMANIOSE () TUBERCULOSE
() ESPIROMETRIA () GAMA GT () HEPATITE "B" () SUMÁRIO DE URINA
() RX COLUNA LOMBO SACRA () TGO/TGP () MALARIA
() RX TORAX AP () EAS-URINA () VDRL
() DOSAGEM DE CHUMBO SÉRICO () EPF-FEZES () DENGUE
() OUTROS: _____

FUNÇÃO: _____ **CBO:** _____

SETOR: _____

RAZÃO SOCIAL: _____

CNPJ: _____ **Fone empresa:** _____

OBS: os itens destacados em vermelho são de preenchimento obrigatório. ATENÇÃO AO PREENCHIMENTO.

A Preventec realizará apenas os exames que estiverem solicitados. A responsabilidade legal da realização dos exames complementares em acordo com o risco da função compete unicamente ao empregador.

OBS: TRAZER DOCUMENTO COM FOTO NO DIA DO EXAME.

_____/_____/_____
DATA

DEPTº PESSOAL