



Mogi das Cruzes e Região do Alto Tietê

www.sincomercio.com.br

GUIA PARA EXAME

- ADMISSIONAL PERIÓDICO
 DEMISSSIONAL RETORNO AO TRABALHO

DEPARTAMENTO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Funcionário(a): _____

CPF: _____ RG: _____ Sexo: Masc Fem Outr

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Função: _____

CEP: _____ - _____ Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Tel.: _____

Empresa: _____

CNPJ: _____ Inscr. Est: _____ E-mail: _____

CEP: _____ - _____ Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Tel.: _____ Contato: _____

Exame Autorizado por: _____ RG: _____

Exames Complementares

(a critério médico ou de acordo com o PCMSO)

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coprocultura | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> RX Coluna | <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma |
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> Audiometria | <input type="checkbox"/> Acuidade Visual | <input type="checkbox"/> Glicemia |
| <input type="checkbox"/> PPF | <input type="checkbox"/> RX Tórax | <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma | <input type="checkbox"/> Espirometria |

Preenchimento obrigatório de todos os campos.

Central de Atendimento: 11 4799-7788

Rua Cel. Souza Franco, 81 – Centro – Mogi das Cruzes-SP–Ramais 10, 11 e 12
Rua Pres. Rodrigues Alves, 157 – Centro – Suzano-SP – Ramais 46 e 47



Mogi das Cruzes e Região do Alto Tietê

www.sincomercio.com.br

GUIA PARA EXAME

- ADMISSIONAL PERIÓDICO
 DEMISSSIONAL RETORNO AO TRABALHO

DEPARTAMENTO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Funcionário(a): _____

CPF: _____ RG: _____ Sexo: Masc Fem Outr

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Função: _____

CEP: _____ - _____ Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Tel.: _____

Empresa: _____

CNPJ: _____ Inscr. Est: _____ E-mail: _____

CEP: _____ - _____ Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Tel.: _____ Contato: _____

Exame Autorizado por: _____ RG: _____

Exames Complementares

(a critério médico ou de acordo com o PCMSO)

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> RX Coluna | <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma |
| <input type="checkbox"/> Coprocultura | <input type="checkbox"/> Audiometria | <input type="checkbox"/> Acuidade Visual | <input type="checkbox"/> Glicemia |
| <input type="checkbox"/> PPF | <input type="checkbox"/> RX Tórax | <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma | <input type="checkbox"/> Espirometria |

Preenchimento obrigatório de todos os campos.

Central de Atendimento: 11 4799-7788

Rua Cel. Souza Franco, 81 – Centro – Mogi das Cruzes-SP–Ramais 10, 11 e 12
Rua Pres. Rodrigues Alves, 157 – Centro – Suzano-SP – Ramais 46 e 47