



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 Outro

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, 12 e 15
Rua Dr. Felício de Camargo, 44 – 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 Outro

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, 12 e 15
Rua Dr. Felício de Camargo, 44 – Centro – Suzano-SP – Ramais 46 e 47