

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA PCMSO E PPP

DADOS DO EMPREGADO:

Empresa:

Endereço:

Nome do Funcionário (a):

Setor:

Função:

Data agendada para a consulta:

Hora:

TIPO DE EXAME MÉDICO:

() Admissional () Periódico () Demissional
() Mudança de Função () Retorno ao trabalho

EXAMES SOLICITADOS:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Audiometria | <input type="checkbox"/> Espirometria |
| <input type="checkbox"/> Acuidade Visual | <input type="checkbox"/> Exame Parasitológico de Fezes (EPF) |
| <input type="checkbox"/> Carboxihemoglobina | <input type="checkbox"/> Hemograma Completo c/c plaquetas |
| <input type="checkbox"/> Colinesterase | <input type="checkbox"/> RX de Tórax (PA) |
| <input type="checkbox"/> Dosagem de Ácido Hipúrico | <input type="checkbox"/> Tipagem Sangüínea |
| <input type="checkbox"/> Dosagem de Ácido Metilhipúrico | <input type="checkbox"/> EAS |
| <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma (EEG) | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Eletrocargiograma (ECG) | |

PREENCHER NA ADMISSÃO DO FUNCIONÁRIO:

Data prevista para admissão: ____ / ____ / ____ Data do nascimento: ____ / ____ / ____

Nº da CTPS (número/série/UF): _____

Regime de revezamento: () Sim () Não Nº do PIS: _____

PREENCHER NA DEMISSÃO DO FUNCIONÁRIO:

Data da demissão: ____ / ____ / ____

Foi emitida alguma CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) no período? () Sim () Não

Se sim, favor preencher os campos abaixo:

Data do registro: ____ / ____ / ____ Número do CAT: _____

OBS: Caso o funcionário tenha mudado de setor, cargo ou função e não tenha sido comunicado a **Qualytá Ocupacional**, favor informar no verso os novos dados.

Local

____/____/____
Data

Responsável pela empresa

Assinatura do funcionário