MONTRAININGS

# GUIA DE ENCAMINHAMENTO

RAZÃO SOCIAL/EMPRESA:

CNPJ: | EMAIL:

CONTABILIDADE:

CONTABILIDADE: | CONTABILIDADE:

NOME DO FUNCIONÁRIO: | DATA DE NASCIMENTO: ___/___/_____

RG: | CPF: | FUNÇÃO DE REGISTRO:

CBO: | MATRÍCULA eSOCIAL: | SETOR:

## AO SUBMETER-SE AO EXAME MÉDICO OCUPACIONAL PARA:

☐ Admissional
DATA DE ADMISSÃO: ___/___/_____

☐ Demissional
DATA DE DEMISSÃO: ___/___/_____

☐ Mudança de Função
DATA DE ENTRADA NO CARGO: ___/___/_____

☐ Pontual ☐ Audiometria ☐ Periódico | CARGO NOVO:

## Outros Exames Complementares:

☐ **Retorno ao Trabalho – Documentos necessários:** Comunicado de decisão do INSS (Disponibilizado pelo APP ou site do INSS) e o relatório atualizado do médico especialista, explicando o motivo do afastamento e orientando o retorno de suas atividades laborais.

☐ **Empresas de Alimentos ou Funções que Manipulam Alimentos precisam:** VDRL, Hemograma, Micológico de Unha, PPF, Coprocultura, O Funcionário deverá trazer a coleta de Fezes na data, (Resultado em 5 dias úteis).

☐ **Empresas que precisam de exames para trabalho em altura:** Audiometria, EEG, ECG, Hemograma, Acuidade Visual, Glicemia, Avaliação Psicossocial (Resultado em 05 dias úteis).

**PAGAMENTO:** ☐ Funcionário ☐ Cobrança bancária com Boleto para o próximo dia 10 ☐ PIX

**Data:** ___/___/_____ **Assinatura do Responsável da Empresa:** _____

A partir da liberação dos exames complementares, o Atestado de Saúde Ocupacional Digital (em PDF) é enviado para o e-mail de cadastro da empresa e contabilidade, que for informado na Guia de Encaminhamento.

Em caso de Exame Demissional a empresa deve fornecer o PPP (Perfil Profissiográfico Previdenciário).

Deseja incluir?

☐ SIM ☐ NÃO

**OS DADOS ACIMA SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA CADASTRO E ENVIO AO ESOCIAL**