



GUIA PARA ATENDIMENTO SALUTAR SAÚDE

DATA:

HORÁRIO:

EMPRESA:

CNPJ:

DATA NASCIMENTO:

FUNCIONÁRIO:

RG:

CPF:

Matrícula eSocial:

FUNÇÃO:

SETOR:

TIPO DE ATENDIMENTO

ADMISSIONAL

DEMISSIONAL RETORNO

PERIÓDICO

MUDANÇA DE FUNÇÃO

AO TRABALHO

OUTRO _____

RISCOS OCUPACIONAIS

RISCOS:

EXAMES A SEREM REALIZADOS

EXAMES:

FORMA DE PAGAMENTO

A VISTA:

FATURADO:

CONTRATO:

Assinatura / carimbo do responsável

Telefone:

DATA:

Atenção

Apresentar esta guia de encaminhamento junto com um documento de identificação com foto.
Em caso de Exame de **Retorno ao Trabalho** (por motivo de acidente ou doença) deverá apresentar a Comunicação de Decisão emitida pelo INSS, onde consta a data do término do benefício.
Em caso de dúvida favor entrar em contato conosco.