

**ENCAMINHAMENTO PARA ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

NOME DO FUNCIONÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:  /  /  DATA DE ADMISSÃO:  /  /

ESTADO CIVIL:  RG  SSP/

PARA TRABALHAR NO SETOR:  COM A FUNÇÃO DE:

- |                                                         |                                       |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADMISSIONAL                    | <input type="checkbox"/> ESPIROMETRIA |
| <input type="checkbox"/> PERIÓDICO                      | <input type="checkbox"/> AUDIOMETRIA  |
| <input type="checkbox"/> DEMISSSIONAL                   | <input type="checkbox"/> AC. VISUAL   |
| <input type="checkbox"/> RETORNO AO TRABALHO            | <input type="checkbox"/> TOXICOLÓGICO |
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE FUNÇÃO              |                                       |
| <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO CLÍNICA/<br>ATESTADO |                                       |

NOME DA EMPRESA:

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

DATA:  /  /

**HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:  
DE 2ª A 6ª DAS 8H ÀS 11H E DAS 13H ÀS 15H**