

GUIA DE AUTORIZAÇÃO

Nome: _____

Empresa: _____

Filial: _____

Função: _____

Setor: _____ PIS: _____

RG: _____ CPF: _____

CBO: _____ CTPS: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Data de Admissão: ____/____/____

Autorizamos o funcionário acima a realizar os seguintes exames:

EXAMES CLÍNICOS

- ADMISSIONAL DEMISSIONAL PERIÓDICO RETORNO AO TRABALHO
- MUDANÇA DE FUNÇÃO CONSULTA MÉDICO DO TRABALHO OUTROS: _____

Local para realização do exame: _____

EXAMES COMPLEMENTARES

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Local para realização do exame: _____

Local: _____, _____ de _____ de _____

Carimbo e Assinatura