

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME OCUPACIONAL

| | |
|------------------------------|------------------------|
| *Nome da Empresa: | |
| *Nome do Colaborador: | *Sexo: |
| *CBO / Função: | *Setor: |
| *Data Nascimento: | *Data Admissão: |
| *RG: | *CPF |
| *CTPS/ UF | *PIS/NIT |

Tipo de Atestado de Saúde Ocupacional: (marque com "x")

| | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Admissional | <input type="checkbox"/> | Periódico |
| <input type="checkbox"/> | Mudança de Cargo | <input type="checkbox"/> | Retorno ao trabalho |
| <input type="checkbox"/> | Demissional | <input type="checkbox"/> | Homologação de Atestado |

Data do Exame:

Hora:

Local para realização do exame:

Endereço: R Gentil Sandin nº 12, Praia Comprida, São José, SC , CEP 88103-650

Carimbo e Assinatura do responsável

*** OBRIGATÓRIO A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO COM FOTO - CNH / RG ou Carteira de Trabalho.
(sem estes documentos não será realizado o atendimento)**

*** PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA CADASTRO DO CANDIDATO/ TRABALHADOR.**