

**Avenida Brasil, 5964 - 1º andar (Em cima das Casas Bahia)**

**(45) 3223-4662**

**www.redeclin.com.br**

ADMISSIONAL

RETORNO AO TRABALHO

MUDANÇA DA FUNÇÃO

DEMISSIONAL

PERIÓDICO

CONSULTA

**Exames Complementares (Conforme PCMSO da empresa)**

Exame Clínico <input type="checkbox"/>	EEG - Eletroencefalograma <input type="checkbox"/>	Ácido Hipúrico <input type="checkbox"/>
Audiometria <input type="checkbox"/>	ECG - Eletrocardiograma <input type="checkbox"/>	Ácido Metil Hipúrico <input type="checkbox"/>
Teste Visual <input type="checkbox"/>	Coprocultura (Fezes) <input type="checkbox"/>	VDRL <input type="checkbox"/>
Espirometria <input type="checkbox"/>	RX Tórax <input type="checkbox"/>	Parcial de Urina <input type="checkbox"/>
Hemograma c/ Plaquetas <input type="checkbox"/>	Laudos P. P. de Deficiência <input type="checkbox"/>	outros _____ <input type="checkbox"/>

**DADOS DO FUNCIONÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Admissão / Demissão: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

Telefone Empresa: \_\_\_\_\_

CTPS / Série / UF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

PIS \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

À vista

Cobrança p/ empresa

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo da Empresa

**HORÁRIO DE ATENDIMENTO / EXAMES**

**Segunda a Sexta: 07h30 às 10h00 / 11h00 às 12h00 / 13h00 às 15h00 / 15h30 às 16h00**

Por favor trazer CARTEIRA DE TRABALHO ou CARTEIRA DE IDENTIDADE