

Atendimento Médico: Segunda a Sexta de 8h às 18h

As consultas são com hora marcada. Agendar pelos telefones: (22) 2725-0878 / 2724-2690

Endereço para exame: Rua Dr. Lacerda Sobrinho, nº 345 – Centro – Campos dos Goytacazes - RJ

O EXAME ESTÁ AGENDADO PARA O DIA: Clique ou toque aqui para inserir uma data.

HORÁRIO: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

RAZÃO SOCIAL: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

ENDEREÇO: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

CNPJ: inserir o texto. TELEFONE COM DDD: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

NOME DO COLABORADOR: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

CPF: inserir o texto. CTPS Nº: inserir o texto. SÉRIE: inserir o texto.

RG: inserir o texto. ÓRGÃO EMISSOR: inserir o texto. DATA DE EMISSÃO inserir o texto.

PIS: inserir o texto. MATRÍCULA eSOCIAL: inserir o texto.

DATA DE NASCIMENTO: inserir uma data. ESTADO CIVIL: inserir o texto.

FUNÇÃO: inserir o texto. SETOR: inserir o texto.

### EXAME A REALIZAR:

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EXAME ADMISSIONAL     | DATA DA ADMISSÃO: inserir uma data.  |
| <input type="checkbox"/> EXAME PERIÓDICO       | DATA DO PERIÓDICO: inserir uma data. |
| <input type="checkbox"/> RETORNO AO TRABALHO   | DATA DO RETORNO: inserir uma data.   |
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE FUNÇÃO     | DATA DA MUDANÇA: inserir uma data.   |
| <input type="checkbox"/> EXAME DEMISSSIONAL*   | DATA DA DEMISSÃO: inserir uma data.  |
| <input type="checkbox"/> CONSULTA ASSISTENCIAL | DATA DA CONSULTA: inserir uma data.  |
| <input type="checkbox"/> EXAME TOXICOLÓGICO    | DATA DA COLETA: inserir uma data.    |
| <input type="checkbox"/> VALIDAÇÃO DE ATESTADO | DATA DA VALIDAÇÃO: inserir uma data. |

\*EM CASO DE **DEMISSSIONAL** INFORMAR A DATA DE HOMOLOGAÇÃO: inserir uma data.

HOUVE MUDANÇA DE FUNÇÃO? SIM NÃO. EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR O PERÍODO DA MUDANÇA E PARA QUAL FUNÇÃO FOI REMANEJADO: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

DATA DESTE ENCAMINHAMENTO: Clique ou toque aqui para inserir uma data.

NOME DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

### VISTO DO RESPONSÁVEL E CARIMBO DA EMPRESA:

O colaborador confirma que recebeu o presente comunicado referente à realização do exame médico acima agendado e que, caso o médico venha a solicitar algum exame complementar, se compromete a realiza-lo em tempo hábil e retornar à PROTEUS com o resultado. Fica também ciente de que a não realização destes exames complementares após o encaminhamento incide em não liberação do seu Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), o que o torna impossibilitado de exercer suas atividades profissionais junto à empresa solicitante, até que o ASO seja concluído e liberado. Desta forma a Proteus Serviços de Saúde e Consultoria Ltda isenta-se de quaisquer responsabilidades.

Campos dos Goytacazes, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do Colaborador: \_\_\_\_\_