



Estamos encaminhando o colaborador abaixo, para se submeter aos exames médico, conforme consta no nosso Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, para o devido cumprimento da legislação em vigor, para o exame tipo:

() Admissão () Demissão () Periódico () Retorno ao Trabalho () Mudança de Função

Solicitamos ainda, a realização dos seguintes exames médicos que não fazem parte do nosso PCMSO:

✓ _____ ✓ _____
✓ _____ ✓ _____

Nome (legível e completo): _____

Função: _____ Setor: _____

Empresa: _____ Data: _____

Responsável pelo encaminhamento: _____ Telefone: _____

Horário de Atendimento: de 2ª. às 6ª. feiras, das 08:00 às 12:00 horas
exames de Glicemia e Carboxihemoglobina, precisa vir em jejum de 8 horas
Lembrar ao colaborador para trazer o seu RG (identidade)

Exame Médico de Retorno ao Trabalho, nos casos de Acidentes, quando for necessário,
fazer com o Médico do Trabalho, precisará ser agendado

Emitir PPP para esse colaborador () sim -- () não

Para adiantar a emissão do PPP, favor anotar os dados abaixo:

No. do PIS: _____ Data Nascto.: _____ CBO: _____

Data da Admissão: _____ Data da Demissão: _____

CTPS: No. _____ Série: _____ UF: _____

Setor(es) em que trabalhou: _____

Função (es) que exerceu: _____

Representante legal da empresa que assinará o PPP: _____

PIS do Representante legal da empresa que assinará o PPP: _____