

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA PCMSO E PPP**

**DADOS DO EMPREGADO:**

Empresa:

Endereço:

Nome do Funcionário (a):

Setor:

Função:

Data agendada para a consulta:

Hora:

**TIPO DE EXAME MÉDICO:**

( ) Admissional                      ( ) Periódico                      ( ) Demissional  
( ) Mudança de Função            ( ) Retorno ao trabalho

**EXAMES SOLICITADOS:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Audiometria                    | <input type="checkbox"/> Espirometria                        |
| <input type="checkbox"/> Acuidade Visual                | <input type="checkbox"/> Exame Parasitológico de Fezes (EPF) |
| <input type="checkbox"/> Carboxihemoglobina             | <input type="checkbox"/> Hemograma Completo c/c plaquetas    |
| <input type="checkbox"/> Colinesterase                  | <input type="checkbox"/> RX de Tórax (PA)                    |
| <input type="checkbox"/> Dosagem de Ácido Hipúrico      | <input type="checkbox"/> Tipagem Sangüínea                   |
| <input type="checkbox"/> Dosagem de Ácido Metilhipúrico | <input type="checkbox"/> EAS                                 |
| <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma (EEG)      | <input type="checkbox"/> Outros:                             |
| <input type="checkbox"/> Eletrocargiograma (ECG)        |  |

**PREENCHER NA ADMISSÃO DO FUNCIONÁRIO:**

Data prevista para admissão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Data do nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nº da CTPS (número/série/UF): \_\_\_\_\_

Regime de revezamento: ( ) Sim ( ) Não      Nº do PIS: \_\_\_\_\_

**PREENCHER NA DEMISSÃO DO FUNCIONÁRIO:**

Data da demissão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Foi emitida alguma CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) no período? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, favor preencher os campos abaixo:

Data do registro: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Número do CAT: \_\_\_\_\_

OBS: Caso o funcionário tenha mudado de setor, cargo ou função e não tenha sido comunicado a **Qualytá Ocupacional**, favor informar no verso os novos dados.

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Responsável pela empresa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do funcionário