

# Guia de Encaminhamento

Razão Social da Empresa:

Unidade da Empresa/Cidade:

*(Unidade da empresa em que o funcionário trabalha ou trabalhará)*

Telefone da Empresa com DDD:

Setor/Função:

Nome Completo do Funcionário:

Data de Nascimento:

RG:

CPF:

Data de Admissão:

Data de Demissão:

PIS:

Nº DE MATRICULA:

### EXAMES A SEREM REALIZADOS:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acuidade visual           | <input type="checkbox"/> AV. Psicológica          | <input type="checkbox"/> Acido Hipurico       |
| <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma – ECG   | <input type="checkbox"/> AV. Oftalmológica        | <input type="checkbox"/> Acido Metil Hipurico |
| <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma – EEG | <input type="checkbox"/> AV. Cardiológica         | <input type="checkbox"/> LDL                  |
| <input type="checkbox"/> Espirometria              | <input type="checkbox"/> Raio X Tora OIT          | <input type="checkbox"/> VDRL                 |
| <input type="checkbox"/> Audiometria               | <input type="checkbox"/> Raio X Torax AP +Perfil  | <input type="checkbox"/> ALA U                |
| <input type="checkbox"/> Clínico                   |   | <input type="checkbox"/> Hemograma            |
|  | <input type="checkbox"/> Glicose                  | <input type="checkbox"/> Gama GT              |
|  | <input type="checkbox"/> TGP                      | <input type="checkbox"/> TGO                  |
|  | <input type="checkbox"/> Uréia                    | <input type="checkbox"/> CreatinIna           |
|  | <input type="checkbox"/> Colesterol               | <input type="checkbox"/> HDL                  |
|  | <input type="checkbox"/> Coprocultura             | <input type="checkbox"/> Swab                 |
|  | <input type="checkbox"/> Colinesterase Plasmática | <input type="checkbox"/> Parasitológico       |

Admissional  Demissional  Retorno ao trabalho  Periódico  Mudança de função/Setor \_\_\_\_\_.

### OUTROS EXAMES A SEREM REALIZADOS (ESPECIFICAR ABAIXO):

### RISCO DA FUNÇÃO ( ESPECIFICAR ABAIXO) :

- RISCO FISICO: \_\_\_\_\_.
- RISCO BIOLOGICO: \_\_\_\_\_.
- RISCO QUIMICO: \_\_\_\_\_.
- RISCO ERGONOMICO: \_\_\_\_\_.
- RISCO ACIDENTE: \_\_\_\_\_.

Responsável pelo Preenchimento na Empresa.

Responsável pelo Recebimento na SÃO LUCAS EMPRESARIAL

Agendado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ as \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ hrs

Recebido em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Marque um X dentro de cada quadro que deseja selecionar.

Formulário individual do funcionário a ser preenchido pela empresa antes da realização do atendimento na SÃO LUCAS.

O correto preenchimento deste formulário é de total responsabilidade da empresa.

PARA CONTRATAR OS NOSSOS SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO MÉDICA, LIGUE(35) 3821-2332

[www.saolucasempresarial.com.br](http://www.saolucasempresarial.com.br)