



USUALMED MEDICINA DO TRABALHO LTDA. - ME

(17) 3500-6300
Rua Boa Vista, 165 - Boa Vista - CEP 15025-010
São José do Rio Preto / SP
contato@usualmed.com.br www.usualmed.com.br

AUTORIZAÇÃO DE EXAME MÉDICO OCUPACIONAL

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO: SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 07:30 ÀS 11:30h / QUARTA-FEIRA DAS 07:30 ÀS 11:30h E DAS 13 ÀS 15:30h

EMPRESA:			
FILIAL / REGIONAL / UNIDADE:		CNPJ N.:	
TELEFONE DE CONTATO / EMAIL:		NOME DO CONTATO:	
NOME DO COLABORADOR:		SETOR / DEPTO:	
FUNÇÃO:		CENTRO DE CUSTO:	CBO:
CTPS / SÉRIE:		PIS:	
RG:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:	

TIPO DE EXAME A REALIZAR (*)

<input type="checkbox"/>	PRÉ-ADMISSÃO	<input type="checkbox"/>	PERIÓDICO	<input type="checkbox"/>	DEMISSÃO
<input type="checkbox"/>	MUDANÇA DE FUNÇÃO	<input type="checkbox"/>	RETORNO AO TRABALHO (**)	<input type="checkbox"/>	AVALIAÇÃO MÉDICA

(*) EXAMES COMPLEMENTARES: Em atendimento da NR-7 / Quadro II - Descrito no PCMSO, os Exames Complementares dependem da função exercida pelo Colaborador.

(**) PARA REALIZAÇÃO DO "ASO DE RETORNO AO TRABALHO", O COLABORADOR DEVERÁ TRAZER:
ATESTADO DO MEDICO ESPECIALISTA COM ALTA MEDICA E/OU RECOMENDAÇÃO DE CONDUTA + COMUNICAÇÃO DE DECISÃO DO INSS

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DOS EXAMES E FORMA DE COBRANÇA

<input type="checkbox"/>	COBRAR DO COLABORADOR	<input type="checkbox"/>	COBRAR DA EMPRESA	<input type="checkbox"/>	COBRAR DO ESCRITÓRIO (*)	<input type="checkbox"/>	OUTRA FORMA (**)
(*) NOME DO ESCRITÓRIO / TELEFONE:				(**) INDICAR:			

AUTORIZAMOS A REALIZAÇÃO E A COBRANÇA DO(S) EXAME(S) ACIMA:

LOCAL:	DATA:	ASSINATURA / CARIMBO:
--------	-------	-----------------------

**OBRIGATÓRIO TRAZER DOCUMENTO COM FOTO: RG COM CPF OU CNH
DÚVIDAS ENTRE EM CONTATO PELO TELEFONE (17) 3500-6300**

