****

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO**

( ) ADMISSIONAL ( ) DEMISSIONAL ( ) PERIÓDICO ( ) MUDANÇA DE FUNÇÃO ( ) RETORNO AO TRABALHO

EMPRESA:

FUNCIONÁRIO:

RG: DATA NASC.:

FUNÇÃO: DATA ATENDIMENTO:

( )CONSULTA OCUPACIONAL ( ) ESPIROMETRIA ( ) AUDIOMETRIA ( ) RAIO X ( ) LABORATORIAL ( ) OUTRO?QUAL?

OBS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
NOME E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO