



DATA: ____/____/____

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Rua Ernestina Diniz Moreira, nº 150, 1º Andar (em frente Colégio Novos Tempos)
Centro – Contagem – MG CEP: 32.041-330

recepcao@acmedclinica.com.br

asos@acmedclinica.com.br

Fones: (31) 3912-4808

Portar Documento com Foto. CPF. RG. CARTEIRA DE TRABALHO

ATENDIMENTO POR ORDEM DE CHEGADA

Atendimento Médico: de segunda a sexta das 07:30h às 11:30h

EMPRESA SOLICITANTE (Razão Social): _____

CNPJ: _____ FONE: () _____

Autorizamos o (a) funcionário (a): _____

CPF: _____ RG: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Setor: _____ Função: _____

Posto de trabalho: _____ MATRÍCULA: _____

Exame Médico Ocupacional:

() ADMISSIONAL

() PERIÓDICO

() DEMISSIONAL

() RETORNO AO TRABALHO

() EXAME COMPLEMENTAR

() MUDANÇA DE FUNÇÃO

NOVA FUNÇÃO: _____

Assinale com um X os exames a serem realizados ou seguir o PCMSO completo:

☐	EXAME CLINICO	☐	AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL	☐	TRICLOROCOMPOSTO
☐	AUDIOMETRIA	☐	AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	☐	TGO/TGP
☐	ACUIDADE VISUAL	☐	AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA	☐	ESCALA DE SONO
☐	ESPIROMETRIA	☐	COPROCULTURA	☐	ACIDO METIL ETIL CETONA
☐	ECG	☐	PARASITOLÓGICO	☐	ACIDO MANDÉLICO
☐	EEG	☐	RX DE TÓRAX	☐	FATOR RH
☐	HEMOGRAMA COMPLETO	☐	URINA	☐	COLINESTERASE
☐	GLICOSE	☐	ÁCIDO HIPÚRICO	☐	TOXICOLÓGICO
☐	GAMA GT	☐	ÁCIDO METIL HIPÚRICO	☐	EXAMES DO PCMSO

OBSERVAÇÕES:

O pagamento será feito pelo:

() Pelo Funcionário

() Pela Empresa: _____

É obrigatório preencher nome da empresa, CNPJ, posto de trabalho, dados pessoais, setor, função e matrícula.
(Em caso de dúvidas entre em contato)

Autorizado por:
ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA