



CEMTRA
SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

CENTRO ESPECIALIZADO EM MEDICINA DO TRABALHO

Rua Cardeal Arcoverde, 1745- conjunto 54 A – Pinheiros.
(Clínica a três quadras da linha amarela do metrô Fradique Coutinho).
Telefone: 3814-6710 / 3814-6660

Empresa:	
Endereço:	
CNPJ	Unidade:
Nome do (a) Funcionário (a):	
RG:	Data de Nascimento:
CPF:	Data de Admissão:
Cargo:	Setor:
TIPO DE EXAME: <input type="checkbox"/> Admissional <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Demissional <input type="checkbox"/> Mudança de Função <input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho	
TIPOS DE EXAME (ES) COMPLEMENTAR (ES)	
<input type="checkbox"/> Ácido Hipúrico <input type="checkbox"/> Ácido Metil Hipúrico <input type="checkbox"/> Ácido Trans-mucônico (AATM) <input type="checkbox"/> Acuidade Visual (TVO) <input type="checkbox"/> Audiometria Tonal <input type="checkbox"/> Audiometria Vocal <input type="checkbox"/> Carboxihemoglobina <input type="checkbox"/> Colesterol Total + Frações <input type="checkbox"/> Creatina <input type="checkbox"/> Coprocultura de Fezes <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma (EEG) <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma (ECG) <input type="checkbox"/> Espirometria <input type="checkbox"/> Glicemia de Jejum <input type="checkbox"/> Hemoglobina glicada <input type="checkbox"/> Hemograma Completo com Plaquetas <input type="checkbox"/> Micológico de Unha <input type="checkbox"/> Proto parasitológico de Fezes (PPF) <input type="checkbox"/> Urina Tipo I <input type="checkbox"/> Teste de Ishihara (daltonismo) <input type="checkbox"/> Triglicérides	<input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> Teste de Equilíbrio <input type="checkbox"/> Dinamometria <input type="checkbox"/> Teste Toxicológico <input type="checkbox"/> Raio X de Tórax (P.A / P.A + Perfil / OIT) <input type="checkbox"/> TGO <input type="checkbox"/> TGP <input type="checkbox"/> PSA Total <input type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo + Fator RH Outros: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PARA USO EXCLUSIVO DO RH	DATA DO EXAME: HORÁRIO AGENDADO

Assinatura do Responsável

Obs: Obrigatório à apresentação do RG no dia do exame.