



GLOBAL MEDICAL ASSISTANCE
MEDICINA DO TRABALHO

AUTORIZAÇÃO DE EXAME MÉDICO

DATA DO EXAME:

HORÁRIO:

EMPRESA:		
CREENCIADO -		
FILIAL/REGIONAL/LOCALIDADE: MACAE		
FUNCIONÁRIO:		
FUNÇÃO:	SETOR:	
CPF:	RG:	DATA DE NASCIMENTO:
CLÍNICA:	GLOBAL MEDICAL ASSISTANCE	TELEFONES: 22-2762-3551
ENDEREÇO: RUA DR. BUENO – 168 – CENTRO		
CIDADE: MACAE	ESTADO: RJ	

TIPOS DE EXAMES

<input type="checkbox"/> PRÉ-ADMISSIONAL	<input type="checkbox"/> DEMISSIONAL	<input type="checkbox"/> PERIÓDICO ANUAL
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE FUNÇÃO	<input type="checkbox"/> RETORNO AO TRABALHO	<input type="checkbox"/> PERIODICO SEMESTRAL
<input type="checkbox"/> CONSULTA	<input type="checkbox"/> TROCA ATESTADO	<input type="checkbox"/> PERIODICO DE CONTROLE

EXAMES COMPLEMENTARES

<input type="checkbox"/> ASO – Atestado Saúde Ocupacional	<input type="checkbox"/> AUDIOMETRIA	<input type="checkbox"/> ESPIROMETRIA
<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA	<input type="checkbox"/> RAIO-X TÓRAX	<input type="checkbox"/> ACUIDADE VISUAL
<input type="checkbox"/> GRUPO SANG. + FATOR RH	<input type="checkbox"/> RAIO – X COLUNA LOMBAR	<input type="checkbox"/> AV. PSICOLÓGICA
<input type="checkbox"/> GLICOSE	<input type="checkbox"/> RAIO – X COLUNA DORSAL	<input type="checkbox"/> AV. OFTALMOLÓGICA
<input type="checkbox"/> URINA – EAS	<input type="checkbox"/> V.D.R.L	<input type="checkbox"/> ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO
<input type="checkbox"/> FEZES – PARASITOLÓGICO	<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA	<input type="checkbox"/> AV. ODONTOLOGICA
<input type="checkbox"/> GAMA GT	<input type="checkbox"/> ELETROENCEFALOGRAMA	<input type="checkbox"/> MANGANES
<input type="checkbox"/> COLESTEROL	<input type="checkbox"/> TGO + TGP	<input type="checkbox"/> COBRE
Outros		
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

____/____/____ Data	_____ Autorizado por
Observações	

Atenção:

- Prezado cliente para facilitar seu atendimento compareça a GLOBAL com sua coleta em mãos e entregue ao laboratório no ato do atendimento
- Referência para chegar ao local: rua próxima à Praça Veríssimo de Melo e ao Hospital São João Batista