**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA EXAME**

| **RAZÃO SOCIAL:** HABIT CONSTRUÇÕES E SERVIÇOS EIRELLI  **CNPJ:** 28.697.934/0001-43 | |
| --- | --- |
| **Responsável pelo encaminhamento: LARISSA K. RAMOS MAGALHÃES** | **Data: 10/06/2024** |
| ATENÇÃO: Para exames de sangue estar em jejum  LEVAR DOCUMENTO COM FOTO | |
| **DADOS PESSOAIS** | |

| **NOME COMPLETO:** FULANO DA SILVA | | | | **RG:** 888888888  **CPF:** 56124166011  **DATA DE NASCIMENTO** 01/01/2001 | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cargo:** AJUDANTE DE OBRAS - CBO: 717020 | | | | | |
| **Ambientes:**  - OBRAS EXTERNO - SECRETÁRIA DE SAÚDE - SECRETÁRIA DA FAZENDA (Ambiente Principal),  - HOSPITAL REGIONAL DE SORRISO - BLOCO 05 - OBRA EXTERNA  - SERRALHERIA | | | | | |
| Admissional: |  | Mudança de riscos: |  | Periódico | Retorno ao trabalho |
| X |  |  |  |  |  |
| **EXAMES COMPLEMENTARES A REALIZAR:** | | | | | |
| 1. AVALIAÇÃO CLÍNICA  2. AUDIOMETRIA TONAL  3. ESPIROMETRIA | | | |  | |