

## TERMO DE ENCAMINHAMENTO

Em cumprimento a NR-7 - (Portaria nº 24 de 29/12/94)

Empresa: **Resource Tecnologia e Informática LTDA**

Prezado (a) Senhor (a) **Mateus Lima de Matos**, solicitamos seu comparecimento dia **17/01/2019** até **22/01/2019 das 08 às 11hrs | ordem de chegada** para a realização de:

Exame Médico	Exame Complementar	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Admissional</b>	<input type="checkbox"/> Audiometria	<input type="checkbox"/> VDRL
<input type="checkbox"/> <b>Periódico</b>	<input type="checkbox"/> Acuidade Visual	<input type="checkbox"/> Parasitológico Fezes
<input type="checkbox"/> <b>Demissional</b>	<input type="checkbox"/> Espirometria	<input type="checkbox"/> Cultura de Fezes
<input type="checkbox"/> <b>Mudança de Função</b>	<input type="checkbox"/> RX de _____	<input type="checkbox"/> VHS- Hemossedimentação
<input type="checkbox"/> <b>Retorno ao Trabalho</b>	<input type="checkbox"/> Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/> Urina Tipo I
<input type="checkbox"/> <b>Avaliação Clínica Especial</b>	<input type="checkbox"/> Hemograma Completo	<input type="checkbox"/> Outros _____

Para desempenhar:

Função: Estagio

**RG: 37.815.627-5**

**CPF: 464.856.148-18**

Data de Nascimento: 17/12/1996 Sexo: ☐ F ☒ M

Médico Coordenador: Dario Munin Filho – CRM 55291

Endereço para realização **Rua França Pinto, 899 – Vila Mariana – São Paulo**

**Clínica: Delta Saúde**

**Clínica: CIMETRA CENTRO INTEGRADO EM MEDICINA DO TRABALHO**

São Paulo, 16 de Janeiro de 2019.



**04.947.601/0001-67**  
**RESOURCE TECNOLOGIA**  
**E INFORMÁTICA LTDA.**  
 Av. Maria Coelho Aguiar, 215  
 Bloco D-6º Andar - Jd São  
 Luiz Cep: 05804-900  
 São Paulo - SP

Assinatura do funcionário

**Fernanda Martins Ribeiro (RH – Resource it)**  
 responsável pelo encaminhamento

Os campos acima deverão ser preenchidos obrigatoriamente.