



O ÔNIBUS FAZ TODOS OS EXAMES NA SUA EMPRESA

e-mail atendimento : vipsaude.atendimento@hotmail.com

Av. Aguanambi Nº 633 - Fátima

Horário : Das 7:00 h às 16:00 hs

Fone : 3454.2222

Rua 24 de Maio Nº 152 - Centro

Horário : Das 7:00 h às 16:00 hs

Fone : 3212.2709

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES

EMPRESA :

OBRA :

FUNCIONÁRIO :

RG :

FUNÇÃO :

				OUTROS	
<input type="checkbox"/>	ASO Admissional	<input type="checkbox"/>	EEG	<input type="checkbox"/>	HEMOGRAMA COMPLETO
<input type="checkbox"/>	ASO Demissional	<input type="checkbox"/>	ECG	<input type="checkbox"/>	GLICOSE
<input type="checkbox"/>	ASO Periódico	<input type="checkbox"/>	ACUIDADE VISUAL	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	ASO Mudança de Função	<input type="checkbox"/>	RAIO X	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	ASO Retorno ao Trabalho	<input type="checkbox"/>	AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	ESPIROMETRIA	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	AUDIOMETRIA TONAL	<input type="checkbox"/>	TOXICOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	AUDIOMETRIA VOCAL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Emitente/Responsável Empresa

Data : ____/____/____ Carimbo :

Confirmação de Comparecimento :

Data : ____/____/____ Assinatura :



O ÔNIBUS FAZ TODOS OS EXAMES NA SUA EMPRESA

e-mail atendimento : vipsaude.atendimento@hotmail.com

Av. Aguanambi Nº 633 - Fátima

Horário : Das 7:00 h às 16:00 hs

Fone : 3454.2222

Rua 24 de Maio Nº 152 - Centro

Horário : Das 7:00 h às 16:00 hs

Fone : 3212.2709

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES

EMPRESA :

OBRA :

FUNCIONÁRIO :

RG :

FUNÇÃO :

PROCEDIMENTOS				OUTROS	
<input type="checkbox"/>	ASO Admissional	<input type="checkbox"/>	EEG	<input type="checkbox"/>	HEMOGRAMA COMPLETO
<input type="checkbox"/>	ASO Demissional	<input type="checkbox"/>	ECG	<input type="checkbox"/>	GLICOSE
<input type="checkbox"/>	ASO Periódico	<input type="checkbox"/>	ACUIDADE VISUAL	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	ASO Mudança de Função	<input type="checkbox"/>	RAIO X	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	ASO Retorno ao Trabalho	<input type="checkbox"/>	AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	ESPIROMETRIA	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	AUDIOMETRIA TONAL	<input type="checkbox"/>	TOXICOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	AUDIOMETRIA VOCAL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Emitente/Responsável Empresa

Data : ____/____/____ Carimbo :

Confirmação de Comparecimento :

Data : ____/____/____ Assinatura :