



SSO SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL

GUIA DE ENCAMINHAMENTO – ATENDIMENTO OCUPACIONAL

- ADMISSIONAL PERIÓDICO DEMISSIONAL
 RETORNO AO TRABALHO MUDANÇA DE RISCOS (Setor/Função) AVALIAÇÃO MÉDICA

Responsável pelo preenchimento das informações: _____

O(S) EXAME(S) A SEREM REALIZADOS DEVEM OBEDECER:

- () O PCMSO - Deve seguir conforme o quadro de exames do PCMSO – NÃO PRECISA SELECIONAR
() Conforme o PCMSO + Os exames que complementarei - () Realizar apenas os exames que eu vou selecionar

Empresa: _____ CNPJ: _____ / _____ -

Endereço: _____

Funcionário: _____ Sexo: M♂ F♀ Matrícula e Social: _____

CPF: _____ - RG: _____ Nascimento: ____/____/____ PCD/PNE () Sim () Não

Setor: _____ Função: _____

LOCAL DE ATENDIMENTO - MARQUE COM X UMA DAS OPÇÕES ABAIXO

() Sede SSO

Cidade: São Paulo/UF: SP – Rua Sete de abril, 59 – 2º, 8º, 10º Andar

() Rede Credenciada:

Cidade: _____/UF: _____ - Endereço: _____

EXAMES CLÍNICOS E COMPLEMENTARES (PREENCHER DE ACORDO COM O PCMSO)

<input type="checkbox"/> Exame Médico - Clínico - ASO	<input type="checkbox"/> Hemograma Completo	<input type="checkbox"/> TGP
<input type="checkbox"/> Audiometria Tonal - Ocupacional	<input type="checkbox"/> Espirometria	<input type="checkbox"/> Gama GT
<input type="checkbox"/> Audiometria Vocal	<input type="checkbox"/> Raio X Tórax PA - OIT	<input type="checkbox"/> PPF
<input type="checkbox"/> Acuidade Visual	<input type="checkbox"/> EEG - Eletroencefalograma	<input type="checkbox"/> Coprocultura
<input type="checkbox"/> Avaliação Psicossocial	<input type="checkbox"/> ECG - Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/> VDRL
<input type="checkbox"/> Avaliação Oftalmológica	<input type="checkbox"/> TGO	<input type="checkbox"/> Micológico de Unha
<input type="checkbox"/> Glicemia em jejum	<input type="checkbox"/> Anticorpos hepatite C (Anti-HCV)	<input type="checkbox"/> Anticorpos hepatite B (HBs Ag)
<input type="checkbox"/> Romberg – Teste Equilíbrio	<input type="checkbox"/> Teste Ishihara – Teste Cores	<input type="checkbox"/> Toxicológico CNH - Renovação
<input type="checkbox"/> Toxicológico RIBAC - Aviação	<input type="checkbox"/> Toxicológico CAGED - CNH	<input type="checkbox"/> Toxicológico Particular/Concurso

Caso não tenha o exame descrito preencher abaixo

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ORIENTAÇÕES:

Para maior comodidade agende seus atendimentos e seja atendido com mais agilidade.

Apresentar RG/CNH com esta Guia totalmente preenchida (impressa entregue em mãos ou WhatsApp (11) 3129-3632 ou e-mail: atendimento@sso.com.br).

No caso de Retorno ao Trabalho, encaminhar a Guia, anexando:

Cópia do Atestado referente ao período de afastamento.

Cópia da Alta Médica do INSS, Laudo Médico detalhado.

Caso tenha realizado Exames Complementares, levar os resultados para avaliação médica.

Deve ser preenchido o campo PCD/PNE, para candidatos/funcionários que participam ou vão participar das vagas de PCD/PNE.

Assinatura do Funcionário

Assinatura e Carimbo do responsável pelo preenchimento

Tel.: (11) 3771-3484 | Tel/Fax: (11) 3772-3194 | www.sso.com.br | comercial@sso.com.br
Rua Sete de Abril, nº 59 – 2º, 8º e 10º Andar - República - São Paulo - SP - CEP: 01043-000