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♀ Matricula eSocial: _____

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 – ordem de chegada, das 08:00 às 17:45

( ) Rede Credenciada:

Cidade: _____**/UF:**_____ **- Endereço:**_____

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

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

Caso não tenha o exame descrito preencher abaixo

( )	( )	( )
( )	( )	( )

ORIENTAÇÕES:

Para a realização dos atendimentos nas clínicas credenciadas, agendar previamente através do e-mail credenciamento@sso.com.br.

O atendimento na clínica sede da SSO acontece por ordem de chegada, das 8:00 às 17:45.

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 e/ou 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, nº59 –2º, 8º e 10º Andar - República - São Paulo - SP - CEP:01043-000