

IMPRIMA ESTA FICHA



FICHA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAMES

- () Admissional () Demissional () Periódico
() Mudança de Função () Retorno ao Trabalho
() Eletrocardiograma () Audiometria R\$14,00
() Afastamento por mais de 30 dias

**É NECESSÁRIO
TRAZER ESTA
FICHA PREENCHIDA**

PROMOÇÃO

Dados do funcionário:

Dados da Empresa:

Nome: _____ Nome: _____
Função: _____ End.: _____
Data Nasc. _____ Telefone: _____
Data Admissão: _____ Goiânia, ____ de ____ de 200__.
Estado Civil: _____
RG. _____ CTPS: _____ Série _____
End.: _____

Horário de Atendimento de 2ª a 6ª Sexta Feira das 9:00 às 12:00, e das 13:00 às 16:00 hs.

Assinatura da empresa

Clínica SESMT- Empresa Especializada em
Segurança e Medicina do Trabalho Ltda.

Endereço: Rua 07 n.354 Sls 705/706/707 - 7º. Andar, Ed. Britânia – Centro – próximo ao Café Central
Fone/Fax.: (0xx 62) 3225-0153 – 3225-0154 CEL: 8491-8333 - 8554-4545

WWW.CLINICASESMT.COM.BR

MAPA DE LOCALIZAÇÃO

