



## ORDEM DE EXAME / AUTORIZAÇÃO DE COBRANÇA

### Dados da Empresa

Razão Social: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

### Dados do Funcionário

Nome: \_\_\_\_\_  
 Matr.Folha: \_\_\_\_\_ Data de Nascto: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
 CPF \_\_\_\_\_ PIS: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 Função: \_\_\_\_\_ Cód. Função \_\_\_\_\_ CBO \_\_\_\_\_  
 Setor/Amb.Trabalho: \_\_\_\_\_ Cód. Setor/Amb.Trabalho: \_\_\_\_\_

#### Atividades Específicas:

Cond. Veículos/Máq.  Trab. em Altura  Esp. Confinado  Brigadista  Eletricidade  Manipulação Alimentos

### Exame Médico (vide orientações no verso)

Admissional – (Data de Admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)  Periódico  Mudança de Função  
 Retorno ao Trabalho  Demissional  Enquadramento PNE  
 Avaliação: \_\_\_\_\_  Outros: \_\_\_\_\_

#### Exames Complementares

Conforme PCMSO  Audiometria  Hemograma Completo  Glicemia  EEG  ECG  
 Carteira de Saúde  Oftalmológico  Espirometria  
 Raios-X: \_\_\_\_\_  Outros: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### LOCAL PARA COMPARECIMENTO:

- Rib.Preto/SP – Rua Mariana Junqueira, 1084 - Centro  
 Cajuru/SP – Rua Sete de Setembro, 1073 - Centro

[www.lavore.com.br](http://www.lavore.com.br)  
[facebook.com/lavore](https://facebook.com/lavore)

Rib. Preto/SP: 16-3610-1065 / 16-3610-8006  
 Cajuru/SP: 16-3667-4077

#### Requisitante

Assinatura e carimbo

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

#### ORIENTAÇÕES PARA EXAMES MÉDICOS:

Admissional:	Deve ser realizado antes que o funcionário assuma suas atividades.
Periódico:	Anual/Bianual ou a critério do Médico do Trabalho.
Mudança de Função:	Deve ser realizado antes que o funcionário assuma suas novas atividades.
Retorno ao Trabalho:	Necessário apresentação de Alta Previdenciária e/ou do Médico Assistente, bem como exames complementares e relatórios médicos, se for o caso. Agendar atendimento em nossa secretaria clínica explicitando o caso, para recebimento de orientações, antes de encaminhar o funcionário.
Demissional:	Encaminhar o funcionário preferencialmente no mesmo dia da comunicação de desligamento. Em caso de dúvidas entrar em contato com nossa secretaria clínica.
Enquadramento PNE:	Entrar em contato para agendamento antecipado e recebimento de orientações.
Avaliação:	Entrar em contato para agendamento antecipado e recebimento de orientações.

#### EXAMES COMPLEMENTARES:

Carteira de Saúde:	Jejum alimentar de 10h; Material de fezes coletado; Sem esmalte ou base nas unhas; Não escovar os dentes.
Glicemia:	Jejum alimentar de 10h, podendo ser ingerido apenas água.
Gama GT/TGO/TGP:	Jejum alcoólico de 72h e alimentar de 10h, podendo ser ingerido apenas água.
Audiometria:	Repouso auditivo de 14h.
Fezes e Urina:	Trazer material coletado.

#### OBSERVAÇÕES:

- Exames para condutores de veículos automotores, operadores de máquinas, trabalho em altura, espaço confinado, brigadistas, eletricitas, manipuladores de alimentos e exposição a agentes biológicos, caso a empresa não apresente seu PCMSO, além do exame clínico, serão solicitados exames complementares de acordo com a exposição a risco e/ou atividade necessários à avaliação do paciente, sendo que os custos serão de responsabilidade do requisitante.

- Demais atividades, conforme PCMSO ou a critério médico.

**LAVORE MEDICINA DO TRABALHO E RECURSOS HUMANOS LTDA – EPP**

**Ribeirão Preto/SP – ADM CENTRAL**

Rua Mariana Junqueira, 1084 – Centro – CEP 14015-010 – PABX (16)3610-1065

**Ribeirão Preto/SP – CLÍNICA OCUPACIONAL**

Rua Mariana Junqueira, 1084 – Centro – CEP 14015-010 – PABX (16)3610-8006

**Cajuru/SP**

Rua Sete de Setembro, 1073 – Centro – CEP 14240-000 – Fone/Fax (16)3667-4077

**www.lavore.com.br**