



CLÍNICA
CLIMT

«O Tempo todo protegendo você!»

AUTORIZAÇÃO

RAZÃO SOCIAL _____

CNPJ | CPF | CEI _____

FUNCIONÁRIO _____

CPF _____ NIS - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL (PIS | PASEP | NIT) _____

FUNÇÃO _____

SETOR _____

ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

ADMISSIONAL MUDANÇA DE FUNÇÃO PERIÓDICO RETORNO AO TRABALHO DEMISSIONAL

HOMOLOGAÇÃO DE ATESTADO AVALIAÇÃO CLÍNICA

LAUDO PCD

ATENÇÃO:

ATRAVÉS DESTA AUTORIZAÇÃO, TODOS OS EXAMES COMPLEMENTARES QUE CONSTAM NO **PCMSO** - PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL DA EMPRESA **CONTRATANTE**, ESTARÃO AUTOMATICAMENTE AUTORIZADOS A SUA REALIZAÇÃO, **CONFORME LEGISLAÇÃO (NR 7, ITEM 7.3.1)**.

AUDIOMETRIA HEMOGRAMA ESPIROMETRIA RAIOS X _____

ACUIDADE VISUAL GLICEMIA ELETROENCEFALOGRAMA - EEG ELETROCARDIOGRAMA - ECG

MICOLÓGICO (UNHAS / MÃOS) PARASITOLÓGICO DE FEZES AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

_____ _____ _____

DATA ____ / ____ / ____

ASSINATURA E CARIMBO | RESPONSÁVEL PELA EMPRESA