

GUIA DE ENCAMINHAMENTO/ AUTORIZAÇÃO

Marque uma de nossas unidades, para realização do exame:

[Clinova Itaparica] Unidade de Campo Grande - Cariacica – Av. Getúlio Vargas, Nº 71, atrás da Caixa Econômica.
Tel. 3200-2827 * 3226-0590 * 99766-6866 * 99775-7759
Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira: 07:00 – 12:00 h e das 12:30 – 17:00 h

[Clínica Itaparica] Unidade de Carapina - Serra – Av. Presidente Castelo Branco, Nº 1458, em cima dos Correios.
Tel. 3328-2399 * 99617-6309 * 988079713
Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira 07:00 – 12:00 h
3ª e 5ª feira 14:00 – 17:00 h

[Clínica Itaparica] Unidade da Glória - Vila Velha – Rua São João, Nº 51, ao lado das embalagens glória; próximo ao Supermercado Extra Bom.
Tel. 3075-1888
Horário de funcionamento: 2ª a 6ª 7:30 - 12:00 h

Autorizamos o Sr. (A): _____

Empresa: _____ Função: _____

Responsável da empresa ou carimbo: _____ tel.: _____

A submeter-se ao Exame Médico Ocupacional para:

- ADMISSIONAL DEMISSIONAL PERIÓDICO MUDANÇA DE FUNÇÃO RET. AO TRABALHO
 OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA+ PLAQUETAS | <input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA |
| <input type="checkbox"/> EAS- URINA | <input type="checkbox"/> ELETROENCEFALOGRAMA |
| <input type="checkbox"/> EPF – FEZES | <input type="checkbox"/> OPTOMETRIA/ACUIDADE VISUAL |
| <input type="checkbox"/> AUDIOMETRIA | |
| <input type="checkbox"/> TIPO SANGUINEO+FATOR RH | |
| <input type="checkbox"/> RAIOS X _____ | |
| <input type="checkbox"/> ESPIROMETRIA | |

Assinatura: _____
Responsável pela empresa (autorização)

*Grupo Clínica Itaparica
Garantimos o melhor atendimento para sua empresa
Agradecemos pela sua preferência!*