

MARQUE UMA DE NOSSAS UNIDADES PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME

- ☐ **CLÍNICA ITAPARICA - Unidade de Campo Grande:** Av. Getúlio Vargas, nº 71 (atrás da Caixa Econômica), Cariacica/ES Tel.: 3200-2827 / 3226-0590 / 99766-6866 / 99775-7759.
Horário de funcionamento: 2ª à 5ª feira de 07:00h às 11:00h e de 13:00h às 16:00h.
Na 6ª feira de – 07:00h às 11:00h e 13:00h às 16:00h.
- ☐ **CLÍNICA ITAPARICA - Unidade da Glória:** Rua São João, nº 51 (ao lado das embalagens glória, próximo ao Supermercado ExtraBom), Vila Velha/ES. Tel.: 27 3441-7738 / 3441-4543 / 99824-3634.
Horário de funcionamento: 2ª à 6ª feira de 07:30h às 11:30h.
- ☐ **CLÍNICA ITAPARICA – Unidade Laranjeiras:** Av. Eldes Scherrer Souza, Nº 1457, Parque Residencial Laranjeiras, (próximo ao Cartório Antônio Maria), Serra/ES: (27) 3328-2399 / 3281-6972 / 99590-2445 / 99617-6309
Horário de funcionamento: 3ª, 5ª e 6ª feira – 07:00h às 11:00h. 2ª e 4ª feira de 07:00h às 11:00h e 13:00h as 16h.

DADOS DA EMPRESA / EXAME

Autorizamos o Sr. (A): _____

Empresa: _____ Função: _____

CNPJ: ____/____/____.____/____-____ Tel.: _____

A submeter-se ao Exame Médico Ocupacional para:

☐ ADMISSIONAL ☐ DEMISSSIONAL ☐ PERIÓDICO ☐ MUDANÇA DE FUNÇÃO ☐ RET. AO TRABALHO

EXAMES COMPLEMENTARES

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ HEMOGRAMA+ PLAQUETAS | ☐ TIPO SANGUINEO+FATOR RH | ☐ ELETROCARDIOGRAMA |
| ☐ EAS- URINA | ☐ RAO X _____ | ☐ ELETROENCEFALOGRAMA |
| ☐ EPF – FEZES | ☐ ESPIROMETRIA | ☐ OPTOMETRIA/ACUIDADE VISUAL |
| ☐ AUDIOMETRIA | ☐ _____ | ☐ _____ |

Assinatura: _____
Responsável pela empresa (autorização)