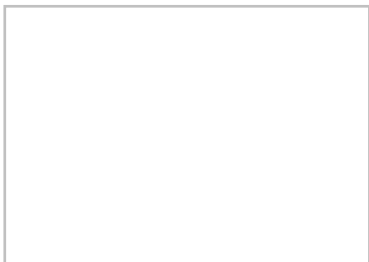


LOGO DA EMPRESA / OBRA



Tipo de Exame Médico (assinale com X o exame a ser realizado)

- | | |
|--|--|
| ☒ Admissional | ☐ Periódico (Data de Admissão:) |
| ☐ Retorno ao Trabalho | ☐ Periódico Semestral (Audiometria Semestral) |
| ☐ Demissional | ☐ Outros: |
| ☐ Mudança de Função (Nova Função:) | |

Dados da Empresa

Razão Social:

CNPJ:

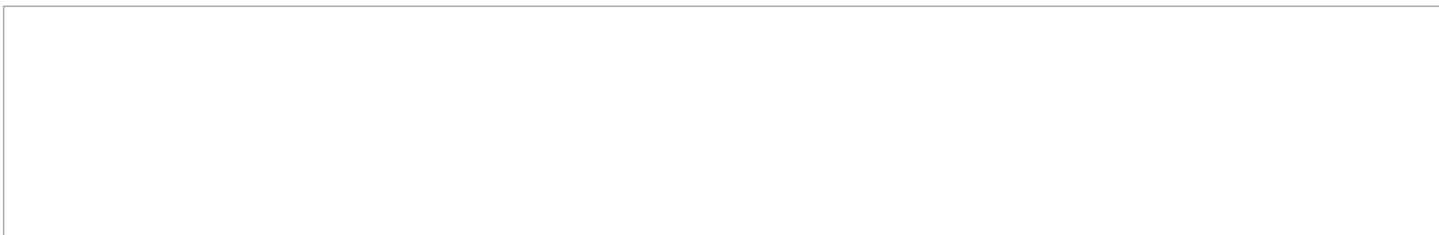
Nome da Obra:

Dados do Colaborador(a)

Nome: CPF:

Função Atual: Setor de Trabalho:

Atividade de Risco (observações)



Trabalha em **altura** com **risco de queda**?

☐ **SIM** ☒ **NÃO**

Trabalha em **espaço confinado**?

☐ **SIM** ☒ **NÃO**

Observações adicionais: no dia do exame, trazer Carteira de Trabalho, Comprovante de Endereço, CPF, RG ou CNH.

Carimbo e Assinatura do Responsável pela Empresa (legível)



Data e Horário do Exame: