

SOLICITAÇÃO PARA GUIA DE EXAME MÉDICO OCUPACIONAL

(Por favor, **antes** de preencher o presente formulário, vide **Instruções de Preenchimento** no verso)

Resende-RJ., de de 20 .

Na qualidade de Filiados ao **S.C.V.Res.** solicitamos a emissão de **Guia de Exame Médico Ocupacional – ASO** para nosso(a) funcionário(a), como segue:

Razão Social: Matríz Filial

CNPJ Nº Nome de fantasia:

End.: Tel.:

Nome do(a) funcionário(a):

(Nome completo sem abreviações)

Carteira Profissional: nº - série:

Cargo a ser exercido: Cargo atual:

1º Emprego: Sim () Não () Cargo anterior:

Empresa anterior:

Tipo de Exame Médico Ocupacional: (ASSINALAR COM UM X).

Pré-admissional () Demissional () Periódico ()

Retorno INPS () Retorno ao trabalho () Transferência ()

ATENÇÃO - IMPORTANTE !!

SE FOR TOTALMENTE IMPOSSÍVEL O COMPARECIMENTO DO(A) FUNCIONÁRIO(A) AO EXAME MÉDICO NO DIA E HORA PRÉ-MARCADOS, O ESTABELECIMENTO OU O(A) PRÓPRIO(A) FUNCIONÁRIO(A) DEVERÁ ENTRAR EM CONTATO COM O S.C.V.Res., PELO TEL.:(24)3355-3278, IMPRETERIVAMENTE ATÉ 02(DUAS) HORAS ANTES DO EXAME, PARA DESMARCÁ-LO E/OU REMARCA-LO. EM QUAISQUER CIRCUNSTÂNCIAS, AS MARCAÇÕES E/OU REMARCAÇÕES DE EXAMES DEVERÃO SER PROCESSADAS SOMENTE PELO S.C.V.Res..CASO O EXAME NÃO SEJA DESMARCADO EM TEMPO HÁBIL, A NUMERAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO SERÁ CANCELADA, DIMINUINDO, PORTANTO, A QUANTIDADE DE EXAMES GRATUITOS A QUE O ESTABELECIMENTO FILIADO TEM DIREITO. EXAMES SUPLEMENTARES TERÃO UMA TAXA DE R\$20,00 (VINTE REAIS) POR EXAME.

NOTA: O estabelecimento filiado solicitante assume a inteira responsabilidade junto ao MTE–Ministério do Trabalho e Emprego, bem como, perante aos conveniados(POLICLÍNICA DE RESENDE e S.C.V.Res.), pela veracidade das informações, prazos e demais dados fornecidos na presente SOLICITAÇÃO PARA GUIA DE EXAME MÉDICO OCUPACIONAL .

CARIMBO DO ESTABELECIMENTO E ASSINATURA

EXAME MARCADO PARA:

USO DO S.C.V.Res.

____/____/20 .

Às h min.

Recebi 03 (três) vias do ASO

nº

USO DO S.C.V.Res.

em / /20 .

NOME LEGÍVEL