



REQUISIÇÃO PARA EXAME MÉDICO OCUPACIONAL

Convênio Prestação de Serviços

Admissional Periódico Retorno ao Trabalho Mudança de Função Demissional

EMPRESA: _____

CNPJ: _____

Nome do Colaborador (a): _____

CPF: _____

Autorizamos a COSMO Medicina e Segurança do Trabalho a realizar os seguintes exames:

- Exame Clínico
- Audiometria
- Acuidade Visual
- Espirometria
- Eletrocardiograma – ECG
- Eletroencefalograma - EEG
- Avaliação Psicossocial
- Outros _____.

No dia ____/____/____ às ____:____ horas, conforme agendamento.

Nome e assinatura do responsável
da empresa

Assinatura colaborador (a)

Cobrar por Boleto