



Medicina e Segurança  
do Trabalho

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA EXAME MÉDICO OCUPACIONAL

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Tipo de Exame:**  Admissional  Periódico  Demissional  Retorno ao Trabalho  Avaliação Clínica  
 Mudança de Função - Nova Função: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Empresa: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
Função: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

**Exame(s) a realizar:**  Realizar exames de acordo com o PCMSO da empresa (recomendado)  
 Exame Clínico  Oftalmológico  ECG  Espirometria  Raio-X Tórax  Urina I  Tipagem Sanguínea  
 Hemograma  Audiometria  EEG  Outro(s): \_\_\_\_\_

O trabalhador deve estar  
portando documento com foto

Todos os campos desta guia  
são de preenchimento obrigatório

ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA

Av. Guilherme Ferreira, 745  
Centro | Uberaba/MG

Tel: (34) 3315-8200  
E-mail: wrseg@wrseg.com.br



Medicina e Segurança  
do Trabalho

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA EXAME MÉDICO OCUPACIONAL

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Tipo de Exame:**  Admissional  Periódico  Demissional  Retorno ao Trabalho  Avaliação Clínica  
 Mudança de Função - Nova Função: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Empresa: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
Função: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

**Exame(s) a realizar:**  Realizar exames de acordo com o PCMSO da empresa (recomendado)  
 Exame Clínico  Oftalmológico  ECG  Espirometria  Raio-X Tórax  Urina I  Tipagem Sanguínea  
 Hemograma  Audiometria  EEG  Outro(s): \_\_\_\_\_

O trabalhador deve estar  
portando documento com foto

Todos os campos desta guia  
são de preenchimento obrigatório

ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA

Av. Guilherme Ferreira, 745  
Centro | Uberaba/MG

Tel: (34) 3315-8200  
E-mail: wrseg@wrseg.com.br