

W:\FormPolii2\ModeloConsulta.doc

EMPRESA:	CNPJ:	
ENDEREÇO:	TELEFONE:	
FUNCIONÁRIO:		
FUNÇÃO:	SETOR:	
CPF:	IDENTIDADE + ÓRGÃO EXPEDIDOR:	DATA DE NASCIMENTO:
Não preencher / Trazer documentos	Não preencher / Trazer documentos	Não preencher / Trazer documentos

Encaminhamento para CONSULTA RETORNO AO TRABALHO (alta do INSS e médico-assistente)

- Preenchimento de C.A.T manual – **14h**
- Consulta APTO OU INAPTO (no caso de afastamento inferior a 30 dias) – **14h**
- Pela manhã: somente casos URGENTÍSSIMOS**
(Caso o funcionário já tenha sido atendido anteriormente em outra Clínica, somente encaminhá-lo às 14h)
- Não-Urgente – de segunda-feira à sexta-feira – 14h**
Caso o funcionário necessite de algum exame complementar, sem plano de saúde, a Empresa autoriza. (ex.: raios-x, sangue, ortopedista ou outros)
- Atendimentos que necessitem de um parecer do Dr. Cesar Sabino (casos mais complexos), (encaminhar em envelope fechado, escrevendo do lado de fora do envelope:
“Somente ser atendido pelo Dr. Cesar Sabino. Casos urgentes – 14h”)
- Retorno ao Trabalho – sem a realização de exames laboratoriais: 14h – VERIFIQUE O PCMSO**

() Físico: () RUÍDO () CALOR () VIBRAÇÃO () RADIAÇÃO NÃO-IONIZANTE () RADIAÇÃO IONIZANTE
() OUTROS _____
() Químico: () DERIVADOS DO PETRÓLEO () TINTAS () SOLVENTES () GRAXA () ÓLEO () HIDROCARBONETOS () SILICA
() PRODUTOS QUÍMICOS DIVERSOS () OUTROS _____
() Biológico: () VÍRUS () FUNGOS () BACTÉRIAS () OUTROS _____
() Ergonômico: () TRANSPORTE MANUAL DE PESO () MOVIMENTOS REPETITIVOS () OUTROS _____

ATENÇÃO:

Para consulta, trazer todos os exames e laudos (se apto, trazer o apto do médico que o afastou anteriormente, com cópia de todos os documentos).

Observações:

Data: ____/____/____

Autorizado por:
(Assinatura Legível e Carimbo da Empresa)
Favor não rubricar