**GUIA DE ENCAMINHAMENTO INDIVIDUAL - Data: \_\_\_/\_\_\_/2018**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATENÇÃO**  1- Caso não siga o PCMSO, o ASO não poderá apresentar nome do médico coordenador, nem riscos.  2- Caso a função mencionada não conste no PCMSO, não será possível seguirmos esse documento.  3- Necessário apresentar CPF e RG do funcionário. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EMPRESA (Razão Social):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **CNPJ:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Fone:** | | | | |  | |
| **Nome do funcionário:** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CPF:** | |  | | | | | | **RG:** | | | | |  | | | | | | | | | | | | **Data nascimento:** |  |
| **Contrato:** | | |  | | | | | | | | | | | | **Setor:** | | | |  | | | | | | | | |
| **Função** (idêntica à do PCMSO): | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SELECIONE O EXAME MÉDICO OCUPACIONAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Admissional** | | | | |  | | | **Periódico** | | | | | | | | | | | |  | | **Demissional** | | | | |
|  | **Retorno ao trabalho (afastamento a partir de 30 dias)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | **Consulta Médica** | | | | |
|  | **Mudança de função – a nova função é:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | **Exame complementar – sem emissão do ASO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PARA A EMISSÃO DO ASO, RESPONDA: A EMPRESA POSSUI PCMSO?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Caso a *empresa possua PCMSO, certifique-se de que uma cópia do documento foi encaminhada com antecedência* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **SIM**, e solicita **ASO conforme o PCMSO**, com médico coordenador, riscos e aptidões. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **SIM**, mas solicita **não seguir o PCMSO** – ASO **sem** médico coordenador, **sem** riscos e **sem** aptidões (ex: trabalho em altura). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **SIM**, mas solicita realizar todos os exames do PCMSO e **mais aqueles assinalados** abaixo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **NÃO** – solicita ASO **sem** médico coordenador, **sem** riscos e **sem** aptidões (assinalar abaixo os exames). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **USE A LISTA ABAIXO QUANDO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1)** A empresa NÃO tem PCMSO e/ou **2)** Tem o PCMSO mas requer os exames abaixo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Seguir o PCMSO** – TODOS os recomendados | | | | | | | | |  | **Hemograma completo com plaquetas** | | | | | | | | | | |  | | **Toxicológico de Larga Janela de Detecção (cabelo)** | | | |
|  | **Exame Clínico** | | | | | | | | |  | **Glicose (8h de jejum)** | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | **Audiometria** | | | | | | | | |  | **Gama GT** | | | | | | | | | | | **OUTROS EXAMES** - escreva abaixo | | | | | |
|  | **Acuidade Visual** | | | | | | | | |  | **Parasitológico (fezes)** | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | **Espirometria** | | | | | | | | |  | **Urina I** | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | **EEG – eletroencefalograma** | | | | | | | | |  | **Avaliação Oftalmológica** | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | **ECG – eletrocardiograma** | | | | | | | | |  | **Avaliação Psicossocial** | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | **Rx Tórax – OIT** | | | | | | | | |  | **Grupo Sanguíneo - RH** | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | **Rx Coluna Lombo Sacral** | | | | | | | | |  | **Toxicológico de Urina** | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
| **observações:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FORMA DE PAGAMENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Pelo funcionário – à vista | | | | | | | | | | | | |  | | Pela empresa – à vista | | | | | | | | | | | |
|  | Pela empresa – fatura mensal  (Casos previamente acordados) | | | | | | | | | | | | |  | | Pagamento realizado antecipadamente – encaminhar comprovante junto dessa guia | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome Completo do responsável** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | **Assinatura e Carimbo do responsável** | | | | | | | | | |