**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** |