

**Dados da empresa**

---

Razão social:

Inscrição social:

CNPJ:

Telefone:

Endereço:

**Todos os campos abaixo são de preenchimento obrigatório - eSocial**

**Dados do funcionário para preenchimento do ASO**

---

Nome Completo:

RG:

CPF:

Data de nascimento:

Setor:

CBO:

Data de admissão:

Função:

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Admissional | <input type="checkbox"/> Periódico         | <input type="checkbox"/> Retorno ao trabalho |
| <input type="checkbox"/> Demissional | <input type="checkbox"/> Mudança de função | <input type="checkbox"/> Avaliação médica    |

**EXAMES COMPLEMENTARES EXISTENTES NO PCMSO (ASO)**

- |                               |                          |   |                          |
|-------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Audiometria ocupacional       | <input type="checkbox"/> | Eletrocardiograma                                   | <input type="checkbox"/> |
| Hemograma                     | <input type="checkbox"/> | Eletroencefalografia                                | <input type="checkbox"/> |
| Espirometria                  | <input type="checkbox"/> | Glicemia em jejum                                   | <input type="checkbox"/> |
| Raio X do tórax PA            | <input type="checkbox"/> | Acuidade visual                                     | <input type="checkbox"/> |
| Raio X do tórax PA (OIT)      | <input type="checkbox"/> | Avaliação psicossocial                              | <input type="checkbox"/> |
| Beta HCG                      | <input type="checkbox"/> | Toxicológico  | <input type="checkbox"/> |
| Acido Hipúrico na urina       | <input type="checkbox"/> | PPF   | <input type="checkbox"/> |
| Acido Metil Hipúrico na urina | <input type="checkbox"/> | Coprocultura  | <input type="checkbox"/> |
| TGO                           | <input type="checkbox"/> | Dosagem de ácido trans-mucônico urinário            | <input type="checkbox"/> |
| TGP                           | <input type="checkbox"/> | Hemograma com contagem de plaquetas e reticulócitos | <input type="checkbox"/> |

Data do encaminhamento:

Encaminhado por:

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do responsável

**ATENDIMENTO**

O atendimento é realizado por ordem de chegada, de **SEGUNDA à SEXTA**, das **08h00 às 11h30** e **13h00 às 16h30**. É obrigatória a apresentação de documento com foto (RG, CTPS ou CNH)