

**SOLICITAÇÃO DE EXAME CLÍNICO PARA
ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)**

EMPREGADOR

CENTRO DE EXCELÊNCIA EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Rua da Assembleia, nº 77, 20º andar, Centro – Rio de Janeiro

CNPJ: 33.927.377/0001-40

() CEGONHA CARIOCA (X) HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

RG: _____

CPF: _____

Data de Admissão: _____

Função: _____

*Obs: Preencher antes de levar para a clínica

() **Admissional**

(X) **Demissional**

() **Mudança de função**

() **Retorno ao Trabalho**

() **Periódico**

EXAMES COMPLEMENTARES:

() HBSAg () Anti-HBS () Anti- HCV () Hemograma Completo

*Obs: funções administrativas não necessitam.

LOCAL DE ATENDIMENTO

Bangu - Rua Fonseca, 240, salas 216 A e B (Bangu Shopping). **Contato:** (21) 3173-6937 – Ramal 1;
Celular: (21) 99156- 3344

Centro - Rua Buenos Aires, 68, 12º andar. (esquina com a Av. Rio Branco). **Contato:** (21) 3173- 3329 –
Ramal 1;
Celular: (21) 9702-9384

Atendimento por ordem de chegada:

Exames Clínicos de segunda a quinta de 10h às 15h e sexta de 09h às 12h.

Exames Complementares de segunda a sexta de 07h às 11h.

Necessário a apresentação de **RG** e **CARTEIRA DE VACINAÇÃO** (contendo Hepatite B e Tétano).

Recebi o encaminhamento para realização do Exame Médico: () Admissional; () Demissional; () Periódico;
() Retorno ao Trabalho; () Mudança de Função. Estou Ciente que devo realizar o exame até ____/____/____.

Data:

Nome:

Assinatura:

____/____/____