

SOHO Segurança e Medicina do Trabalho

AUTORIZAÇÃO PARA EXAME MÉDICO

DATA: ___ / ___ / ___

EMPRESA: _____

NOME: _____

TEL: _____ CEL.: _____

RG: _____ CPF: _____

PIS: _____ CTPS: _____

SETOR: _____

FUNÇÃO: _____

- () Admissional
- () Demissional
- () Periódico
- () Mudança de Função
- () Retorno ao trabalho
- () Outros:

AUTORIZADO POR: _____

DATA DO EXAME: ___ / ___ / ___

HORÁRIO DO EXAME: 07:30 horas da manhã

ENDEREÇO:

SOHO – SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

Rua dos Otoni, 742 - 2º andar, sala 206

Santa Efigênia – Belo Horizonte/MG BELO HORIZONTE

TELEFONES: 31-32226932 / 32226937