



ATENÇÃO! PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA O AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA EXAME MÉDICO

CADASTRO EMPRESA

CNPJ* _____

CNAE* _____

Grau do risco ()1 ()2 ()3 ()4

Qual o Grupo do eSocial?*

() Grupo 1: Grandes empresas: Faturamento superior à R\$78 milhões

() Grupo 2: Entidades empresariais: Faturamento até R\$78 milhões. Não optante pelo Simples Nacional.

() Grupo 3: Empresas optantes pelo Simples Nacional. Pessoa física (exceto doméstico). Produtor rural PF e Entidades sem fins lucrativos.

() Grupo 4: Órgãos Públicos e Organizações Internacionais.

Email* _____

Telefone* _____ Celular* _____

ATENÇÃO: EMPRESA DEVERÁ TER O PCMSO, PGR E LTCAT

Obs. Enviar a planilha em Excel dos registros dos colaboradores ([Modelo](#))

CADASTRO FUNCIONÁRIO

Nome completo* _____

Data de nascimento* ___/___/___

CPF* _____

Setor* _____

Função* _____

CBO* _____

Data de admissão* ___/___/___

Matrícula* _____

CTPS _____ SÉRIE _____

COMPARECER COM RG e CPF ou CNH (usar máscara)

ASO – ATESTADO MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL

() Admissional () Periódico () Mudança de Risco Operacional () Demissional () Retorno ao Trabalho

Exames complementares. Quais? _____

Enviar este encaminhamento preenchido para o Whatsapp (19) 99700-9555