*Apenas esta página deverá ser impressa e levada para a SERCON*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \*Atendimento agendado para dia e horário: | \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_\_ |
| **1.** Nome da Empresa/Razão Social (\*): | **2.** CNPJ (\*): |
|  |  |
| **3.** Nome do Trabalhador **+** Matrícula no RH da empresa (\*): | **4.** Telefone do trabalhador: |
|  |  |
| **5.** Cargo (*precisa descrever como no PPRA*) (\*): | **6.** Data de Nascimento (\*): | **7.** Data da Admissão (\*): |
|  |  |  |
| **8.** Unidade (*precisa descrever como no PPRA*) (\*): | **9.** Setor (*precisa descrever como no PPRA*) (\*): |
|  |  |
| **11.** CPF (\*): | **12.** Identidade (Número/UF) (\*): | **13.** Categoria eSocial (\*): | **14.** CTPS (N.º/Série/UF)(\*): |
|  |  |  |  |

*(\*) Preenchimento obrigatório, sobretudo, em função do eSocial.*

AUTORIZO O PORTADOR DESTA GUIA A REALIZAR OS SEGUINTES EXAMES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **15** | **TIPOS OCUPACIONAIS** | **16** | **EXAMES NECESSÁRIOS** |
|  | Admissional |  | Avaliação Psicológica *(\*)* |  | Espirometria |
|  | Periódico |  | Avaliação Psicossocial (NR35 / NR33) |  | Fator Rh + Grupo Sanguíneo |
|  | Retorno Trabalho |  | Ácido Hipúrico |  | Glicemia |
|  | Demissional |  | Ácido Metilhipúrico |  | HBeAg |
|  | **Mudança de Função**: neste caso, alimente a tabela acima apenas com a nova estrutura (*cargo e setor*) e informe aqui a data da mudança: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Acuidade Visual |  | Hepatite B - HBSAC |
|  | Anti-HBC IgM |  | Hemograma com contagem de plaquetas ou frações |
|  | Anti-HBc total |  | Hepatite C - anti-HCV - IgM |
| **17** | **OUTROS TIPOS** |  | Anti-HBe |  | RX Coluna Lombo Sacra |
|  | Licença Médica (Validação de Atestado) |  | Audiometria tonal ocupacional |  | RX Tórax Padrão OIT |
|  | Consulta (Avaliação Clínica) |  | Colesterol Frações |  | Triglicérides |
|  | Consulta Psicológica |  | Colesterol Total |  | TGO |
|  | **Audiometria 6 meses**: exame periódico |  | Coprocultura |  | TGP |
|  | **Hemograma 6 meses**: exame periódico |  | ECG |  | Triglicerídeos |
|  | **Outros exames de 6 meses:** exame periódico |  | EEG |  | Exame Toxicológico |
|  | Estudo Epidemiológico |  | EPF |  | Seguir os exames do PCMSO vigente |

*(\*) Horários para a avaliação psicológica: 08:00 e 13:00 Agenda SOC (Agenda Avalição Psicológica/Psicossocial)*

|  |  |
| --- | --- |
| **18.** Representante do empregador – Carimbo e Assinatura Legível:  | **19.** Trabalhador – Assinatura Legível: |
|  |  |
| *O empregador é o único responsável pelo correto preenchimento desta guia de atendimento, que será utilizada pela SERCON para a emissão de documentos. Sendo assim, é fundamental que o empregador qualifique previamente as informações repassadas à SERCON. A conferência de dados deverá se repetir quando o empregador receber o produto do atendimento, a saber: ASO, laudo, declarações, etc.) garantindo, assim, a precisão dos dados que serão enviados para a base do eSocial.*  |

|  |  |
| --- | --- |
| **20.** Assinatura da SERCON: | **21.** Data do Atendimento (*preenchimento – Sercon*): |
|  |  |
| Para atendimento é obrigatória a apresentação deste encaminhamento assinado pelo EmpregadorNão há como atendermos sem um documento de identificação com fotoCarteira de Identidade (SSP), Identidade Profissional (OAB, CRM, CRA, CREA, outros), Carteira Nacional de Habilitação (CNH) |