

**AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO
OCUPACIONAL**

Autorizamos a realização do exame ocupacional especificado abaixo, no (a) Sr. (a)

☐ Admissional	☐ Demissional	☐ Periódico
☐ Retorno INSS	☐ Retorno Auxílio Gestante	☐ Troca de Função

Administradora: _____

Local de Trabalho (Condomínio/Edifício): _____

Função: _____

Nº Identidade ou Carteira de Trabalho: _____ D.Nasc.: ____/____/____

Observações: _____

Data do Exame: ____/____/____. Horário: _____

IMPORTANTE: Trazer documento de identificação;

Exames demissionais devem ser encaminhados com no mínimo 15 dias de antecedência da rescisão contratual.

End: Rua 7 de Setembro, 1096 - 5º e 6º Andar - Fone: (51)3284.5600 -POA/RS

Data do Encaminhamento: ____/____/____. Assinatura responsável

**AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO
OCUPACIONAL**

Autorizamos a realização do exame ocupacional especificado abaixo, no (a) Sr. (a)

☐ Admissional	☐ Demissional	☐ Periódico
☐ Retorno INSS	☐ Retorno Auxílio Gestante	☐ Troca de Função

Administradora: _____

Local de Trabalho (Condomínio/Edifício): _____

Função: _____

Nº Identidade ou Carteira de Trabalho: _____ D.Nasc.: ____/____/____

Observações: _____

Data do Exame: ____/____/____. Horário: _____

IMPORTANTE: Trazer documento de identificação;

Exames demissionais devem ser encaminhados com no mínimo 15 dias de antecedência da rescisão contratual.

End: Rua 7 de Setembro, 1096 - 5º e 6º Andar - Fone: (51)3284.5600 -POA/RS

Data do Encaminhamento: ____/____/____. Assinatura responsável