

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Empresa:

CNPJ:

Funcionário:

RG:

Função:

DATA NASC:

Nº MATRICULA:

Nº CBO:

EMAIL CADASTRO:

Exames Complementares

<input type="checkbox"/> EXAME CLINICO	<input type="checkbox"/> Toxicologico	<input type="checkbox"/> Caprocultura
<input type="checkbox"/> Audiometria	<input type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> Parasitologico
<input type="checkbox"/> Espirometria	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> VDRL
<input type="checkbox"/> Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/> Ácido Hipúrico	<input type="checkbox"/> Cultura Orofaringe
<input type="checkbox"/> Eletroencefalograma	<input type="checkbox"/> Ácido Metil- Hipúrico	<input type="checkbox"/> Hemograma Completo
<input type="checkbox"/> Rx- Tórax	<input type="checkbox"/> Ácido Trans-Mucônico	<input checked="" type="checkbox"/> TESTE RAPIDO COVID
<input type="checkbox"/> Rx- Coluna Lombo Sacra	<input type="checkbox"/> Av. Psicossocial	<input type="checkbox"/> Outros:

Responsável pelo Encaminhamento:

Data:

RUA CASEMIRO DE ABREU 667- RIBEIRÃO PRETO-SP OBS. ENTRE AS RUAS
BERNARDINO DE CAMPO E RUA QUINTINO BOCAIUVA

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES:

SOMENTE PARA OS EXAMES MENCIONADOS ABAIXO

Carteira de Saúde

* **12 horas de jejum; Sem escovar os dentes; Trazer amostra de fezes**

* **Sem esmalte nas unhas; Realizar o exame das 07:00 às 09:30**