

AUTORIZAÇÃO DE EXAME MÉDICO OCUPACIONAL

Nome da empresa: _____ Código : _____

Nome completo do funcionário: _____

Função _____ PIS _____

Telefone da empresa _____ CNPJ _____

Tipo de exame: () Admissional () Periódico () Demissional () Outros

(Preencha corretamente, o atestado médico será emitido com os dados informados acima.)

CARIMBO E ASSINATURA DA EMPRESA

OBSERVAÇÕES

- Trazer carteira de trabalho ou RG
- Se não puder comparecer, desmarque com antecedência mínima de 1 hora, evitando cobranças referente a falta sem aviso prévio.

Galeria PA Shopping - Rua Cel Otávio Meyer, 160 - 3º piso - Pouso Alegre/MG

CONTATOS: (35) 3449-8900 e (35) 9 9948-8836

AUTORIZAÇÃO DE EXAME MÉDICO OCUPACIONAL

Nome da empresa: _____ Código : _____

Nome completo do funcionário: _____

Função _____ PIS _____

Telefone da empresa _____ CNPJ _____

Tipo de exame: () Admissional () Periódico () Demissional () Outros

(Preencha corretamente, o atestado médico será emitido com os dados informados acima.)

CARIMBO E ASSINATURA DA EMPRESA

OBSERVAÇÕES

- Trazer carteira de trabalho ou RG
- Se não puder comparecer, desmarque com antecedência mínima de 1 hora, evitando cobranças referente a falta sem aviso prévio.

Galeria PA Shopping - Rua Cel Otávio Meyer, 160 - 3º piso - Pouso Alegre/MG

CONTATOS: (35) 3449-8900 e (35) 9 9948-8836