

GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS

Prezado Credenciado, informamos que o cliente citado abaixo firmou contrato com a empresa _____, do Grupo Contrei e autorizamos o atendimento, devendo o faturamento ser enviado para a empresa acima citada.

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA: _____

NOME DO FUNCIONÁRIO: _____

UNIDADE/FILIAL/REGIONAL: _____

FUNÇÃO: _____ CBO _____ SETOR: _____

DESCRIÇÃO ATIVIDADE

SEXO: () FEM. () MASC. DATA DE NASC. ____/____/____ DATA DE ADMISSÃO ____/____/____

RG: _____ ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____ DATA EXPEDIÇÃO RG: ____/____/____

CPF: _____ PIS/PASEP: _____ CTPS Nº/SÉRIE: _____

TELEFONE DO FUNCIONÁRIO: _____ CÓDIGO GFIP _____

OBS: TRAZER DOCUMENTO DE IDENTIDADE OU CTPS

TIPO DO EXAME:

() ADMISSIONAL

() DEMISSIONAL

() PERIÓDICO

() RETORNO AO TRABALHO (trazer cópia dos laudos médicos, caso haja, e do ou atestado de afastamento ou da liberação do INSS)

() MUDANÇA DE FUNÇÃO

() AUDIOMETRIA (Funcionário deverá estar com repouso auditivo 14 horas)

() OUTROS: _____

NOME DA CLINICA/CREDENCIADO: _____

ENDEREÇO/LOCAL ONDE O EXAME SERÁ REALIZADO -TELEFONE CLÍNICA

CIDADE/UF _____

EXAME AGENDADO PARA: ____/____/____ HORÁRIO: ____:____

OBSERVAÇÕES: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DA EMPRESA
CPF: _____

NOME E CARGO DO RESPONSÁVEL DA EMPRESA

CARIMBAR E IMPRIMIR EM PAPEL TIMBRADO

A CLÍNICA RESERVA-SE O DIREITO DE NÃO REALIZAR O ATENDIMENTO AOS PACIENTES QUE NÃO ESTIVEREM COM ESTA GUIA DE ENCAMINHAMENTO DEVIDAMENTE PREENCHIDA, ASSINADA E CARIMBADA, BEM COMO AOS PACIENTES QUE NÃO RESPEITARAM AS RECOMENDAÇÕES MÉDICAS PARA A CONSULTA (QUANDO APLICÁVEL) E AINDA AQUELES QUE NÃO APRESENTAREM CARTEIRA DE IDENTIDADE E CPF.