

MARQUE UMA DE NOSSAS UNIDADES PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME

- CLÍNICA ITAPARICA - Unidade de Vitória:** Rua Chopin, nº 35, (atrás do Ok Hipermercado e próximo ao DHPP), Vitória/ES Tel.: 3324-6419 / 3225-3856 / 99873-2228.
Horário de funcionamento: 2^a a 6^a feira - 07:00h às 12:00h.
- CLÍNICA ITAPARICA - Unidade de Campo Grande:** Av. Getúlio Vargas, nº 71 (atrás da Caixa Econômica), Cariacica/ES Tel.: 3200-2827 / 3226-0590 / 99766-6866 / 99775-7759.
Horário de funcionamento: 2^a a 5^a feira - 07:00h às 12:00h e 12:30h às 17:00h. e na 6^a feira de - 07:00h às 12:00h e 13:00h às 16:00h.
- CLÍNICA ITAPARICA - Unidade da Glória:** Rua São João, nº 51 (ao lado das embalagens glória, próximo ao Supermercado ExtraBom), Vila Velha/ES. Tel.: 3075 -1888 / 3075-1884.
Horário de funcionamento: 2^a a 6^a feira - 07:30h às 12:00h.
- CLÍNICA ITAPARICA – Unidade Laranjeiras:** Av. Eldes Scherrer Souza, Nº 1457, Parque Residencial Laranjeiras, Serra/ES: 3328-2399 / 3281-6973 / 99617-6309
Horário de funcionamento: 2^a a 6^a feira - 07:00h às 12:00h. E na 4^a feira de 07:00h às 12:00h e de 13:00h as 17h.

DADOS DA EMPRESA / EXAME

Autorizamos o Sr. (A): _____

Empresa: _____ Função: _____

CNPJ: _____._____._____._____._____._____/_____._____._____._____._____._____-_____._____. Tel.: _____

A submeter-se ao Exame Médico Ocupacional para:

- ADMISSIONAL DEMISSIONAL PERIÓDICO MUDANÇA DE FUNÇÃO RET. AO TRABALHO

EXAMES COMPLEMENTARES

- HEMOGRAMA+ PLAQUETAS TIPO SANGUINEO+FATOR RH ELETROCARDIOGRAMA
- EAS- URINA RAIOS X _____ ELETROENCEFALOGRAMA
- EPF – FEZES ESPIROMETRIA OPTOMETRIA/ACUIDADE VISUAL
- AUDIOMETRIA _____ _____

Assinatura: _____
Responsável pela empresa (autorização)