



# Protecção SSO - Segurança e Saúde Ocupacional

CUIDANDO DA SAÚDE DA SUA EMPRESA E DOS SEUS FUNCIONÁRIOS

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO - EXAMES OCUPACIONAIS

**ABAIXO SELECIONE O LOCAL QUE DESEJA REALIZAR O ATENDIMENTO:**

Sede da PROTECTA SSO

Rede Nacional (indicar município e estado): \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DA SEDE: RUA DOUTOR BRÁULIO GOMES, Nº 36 - 1ª ANDAR, REPÚBLICA, SÃO PAULO - SP (PRÓXIMO AOS METRÔS ANHANGABÁU E REPÚBLICA)

### SELECIONE O TIPO DE EXAME OCUPACIONAL

ADMISSIONAL  
 MONITORAMENTO PONTUAL

PERIÓDICO  
 CONSULTA MÉDICA

DEMISSIONAL  
 PERÍCIA MÉDICA

RETORNO AO TRABALHO  
 JUNTA MÉDICA

MUDANÇAS DE RISCOS  
(MUDANÇA DE FUNÇÃO)  
 EXAMES COMPLEMENTARES

### INFORMAÇÕES DO RESPONSÁVEL PELA CONTRATAÇÃO OU PELA EMPRESA CONTRATANTE

Se o exame for para o próprio solicitante e ele for uma pessoa jurídica (ME/EI), incluir as informações de contato da empresa. Se for uma pessoa física, incluir os próprios dados de contato.

Nome completo do responsável da empresa ou contratação: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_ COM WHATSAPP

### INFORMAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO OU DE EXAMES CLÍNICOS E COMPLEMENTARES

Para a composição e elaboração do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) e para fornecer informações básicas sobre exames clínicos e complementares

Empresa: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Sexo Biológico:  Masculino  Feminino

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Admissão: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Departamento/Setor: \_\_\_\_\_ Cargo/Função: \_\_\_\_\_ Matrícula e Social: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES RELEVANTES PARA PESSOAS QUE UTILIZAM NOME SOCIAL E/OU DESEJAM QUE SUA IDENTIDADE DE GÊNERO SEJA DEVIDAMENTE RECONHECIDA.

Caso tenha dúvida de o preenchimento do gênero olhar a legenda no final deste formulário (o preenchimento não é obrigatório)

#### NOME SOCIAL:

GÊNERO:  CISGÊNERO  TRANSGÊNERO  NÃO-BINÁRIO  GÊNERO FLUIDO  AGÊNERO  BIGÊNERO  GÊNERO QUEER

### SELECIONE COMO OS EXAMES REALIZADOS DEVEM SER CONDUZIDOS

- Seguir o PCMSO selecionando essa opção, não há necessidade de preencher quais exames devem ser realizados  
 Seguir o PCMSO + exames adicionais selecionados  Seguir apenas exames selecionados nesta guia

### SELECIONE OS EXAMES A SEREM REALIZADOS

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Exame Médico - ASO - Clínico              | <input type="checkbox"/> Micológico de Unha - Unha           | <input type="checkbox"/> Ácido fenilmercaptúrico - Urina            |
| <input type="checkbox"/> Audiometria tonal - ocupacional - Clínico | <input type="checkbox"/> Avaliação psicossocial - Clínico    | <input type="checkbox"/> Metahemoglobina - Sangue                   |
| <input type="checkbox"/> Acuidade visual (snellen) - Clínico       | <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma - ECG - Clínico   | <input type="checkbox"/> Ácido Metilipúrico - Urina                 |
| <input type="checkbox"/> Hemograma completo - Sangue               | <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma - EEG - Clínico | <input type="checkbox"/> Carboxihemoglobina - Sangue                |
| <input type="checkbox"/> Glicemia em jejum - Sangue                | <input type="checkbox"/> Raio-X do tórax PA (OIT) - Imagem   | <input type="checkbox"/> TGO/TGP - Sangue                           |
| <input type="checkbox"/> Anticorpos hepatite C (anti-hcv) - Sangue | <input type="checkbox"/> Urina - tipo 1 (rotina) - Urina     | <input type="checkbox"/> Gama GT - Sangue                           |
| <input type="checkbox"/> Anticorpos hepatite B (anti-hbs) - Sangue | <input type="checkbox"/> Espirometria - Clínico              | <input type="checkbox"/> Avaliação psicológica - Clínico            |
| <input type="checkbox"/> Anticorpos hepatite B (hbsag) - Sangue    | <input type="checkbox"/> Chumbo - Sangue e/ou Urina          | <input type="checkbox"/> Etanol - Urina e/ou Sangue                 |
| <input type="checkbox"/> V.D.R.L. Lues - Sangue                    | <input type="checkbox"/> Ácido mandélico - Urina             | <input type="checkbox"/> Toxicológico - CAGED ou CNH - Cabelo/Pelo  |
| <input type="checkbox"/> PPF (protoparasitológico) - Fezes         | <input type="checkbox"/> Ácido trans-transmucônico - Urina   | <input type="checkbox"/> Toxicológico - CONCURSO - Queratina        |
| <input type="checkbox"/> Coprocultura - Fezes                      | <input type="checkbox"/> Talueno - Sangue e/ou Urina         | <input type="checkbox"/> Toxicológico - RIBAC (aviação) - Queratina |

Outros: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

### CONSIDERAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DESTES FORMULÁRIOS E INSTRUÇÕES PARA REALIZAÇÕES DOS EXAMES CLÍNICOS E COMPLEMENTARES

- 1 - Ao comparecer para o atendimento, é imprescindível apresentar um documento com foto (RG ou CNH) juntamente com a Guia devidamente preenchida. A Guia pode ser entregue impressa pessoalmente, enviada via WhatsApp para o número (11) 4200-4201 ou encaminhada por e-mail para recepcao@proteccao.com.br;
- 2 - No caso de RETORNO AO TRABALHO, solicitamos que a Guia seja encaminhada juntamente com os seguintes documentos: cópia do atestado referente ao período de afastamento, cópia da alta médica do INSS e/ou laudo médico detalhado;
- 3 - Em casos de RETORNO AO TRABALHO, caso o examinado tenha realizado exames complementares, é importante trazer os resultados para avaliação médica;
- 4 - Para atendimento em âmbito nacional na rede credenciada, é necessário realizar o agendamento prévio através do e-mail nacional@proteccao.com.br;
- 5 - É necessário preencher o campo PCD/PNE quando candidatos ou funcionários participarem ou forem participar das vagas destinadas a pessoas com deficiência (PCD/PNE).

#### ORIENTAÇÕES DE SOBRE GÊNERO:

- CISGÊNERO: Pessoa cuja identidade de gênero corresponde ao sexo biológico atribuído no nascimento.
- TRANSGÊNERO: Pessoa cuja identidade de gênero é diferente do sexo biológico atribuído no nascimento.
- NÃO-BINÁRIO: Pessoa que não se identifica exclusivamente como homem ou mulher. Esse termo pode incluir identidades como genderqueer, genderfluid, agênero, entre outras.
- GÊNERO FLUIDO: Pessoa cuja identidade de gênero varia ao longo do tempo, podendo transitar entre diferentes identidades.
- AGÊNERO: Pessoa que não se identifica com nenhum gênero ou se sente desconectada do conceito de gênero.
- BIGÊNERO: Pessoa que se identifica com dois gêneros, seja simultaneamente ou alternadamente.
- GÊNERO QUEER: Termo amplo que inclui pessoas que não se conformam com as normas tradicionais de gênero.

**NOTAS:** Todas as informações solicitadas neste formulário devem ser respeitadas e preenchidas corretamente, a fim de garantir a segurança e qualidade na prestação de serviços. Caso haja qualquer divergência devido à falta de informação e/ou ao preenchimento incorreto ou equivocado das informações, a Protecção SSO se isenta de qualquer responsabilidade jurídica e trabalhista decorrente da situação gerada, podendo realizar a cobrança novamente para correção.

#### ASSINATURADO FUNCIONÁRIO

Se for preenchido digitalmente colocar o nome completo e o número do celular com whatsapp

Responsável Clínica: Dra. Carolina Marinho Marreiros | CRM: 143567/SP | RQE: 75341/SP | Médica do Trabalho Coordenadora do PCMSO

Telefone: +55 (11) 4200-4201 (WhatsApp) | contato@proteccao.com.br | comercial@proteccao.com.br | www.proteccao.com.br

Rua Dr. Bráulio Gomes, nº 36 | 1º Andar | Bairro: República | Cidade: São Paulo | UF: SP | CEP: 01047-020 | País: Brasil

#### ASSINATURADO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Se for preenchido digitalmente colocar o nome completo e o número do celular com whatsapp