**GUIA DE ENCAMINHAMENTO**

Empresa: CNPJ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Funcionário(a):**( ) ADMISSIONAL****LABORATORIAIS:****( ) HEMOGRAMA COMPLETO** | **( ) PERIÓDICO EXAMES:** | RG: DN**:\_**\_\_/ \_/ **( ) DEMISSIONAL****COMPLEMENTARES:****( ) ELETROCARDIO (ECG)** |
| **( ) VDRL (SÍFILIS)** |  | **( ) ELETROENCEFALO (EEG)** |
| **( ) GLICEMIA** |  | **( ) ESPIROMETRIA** |
| **( ) UREIA** |  | **( ) ACUIDADE VISUAL** |
| **( ) CREATININA** |  | **( ) RAIO X TORAX** |
| **( ) TGO** |  | **( ) RAIO X DA COLUNA LOMBO SACRA** |
| **( ) TGP** |  |  **( ) OUTROS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **( ) GAMA GT** |  | **PREENCHER CASO TENHA COMPLEMENTARES:** |
| **( ) BETA (BHCG)** |  | **PESO:**  |
| **( ) CHUMBO SANGUE** |  | **ALTURA:**  |
| **( ) PROTOPARASITOLOGICO (PPF)** |  | **( ) FUMA QUANTOS POR DIA:**  |
| **( ) COPROCULTURA (COPRO)** |  | **( ) DIABETES** |
| **( ) URINA TIPO I** |  | **( ) HIPERTENSÃO** |
| **( ) AC. HIPURICO** |  | **MEDICAMENTOS DIÁRIOS:**  |
| **( ) AC. METIL HIPURICO** |  |  |
| **( ) OUTROS:**  |  |  |

**ENDEREÇO DE REALIZAÇÃO:** São Paulo, /\_ /2016 ás :

**- RUA SANTA ERNESTINA, 144 – BELA VISTA – SÃO PAULO – SP**

**Responsável pelo Encaminhamento Assinatura do Funcionário(a)**