



## AUTORIZAÇÃO PARA ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO

PAGAMENTOS: ( ) A VISTA ( ) FATURAR ( ) MENSALISTA

( ) ADMISSIONAL ( ) PERIÓDICO ( ) RETRAB ( ) MUD FUNÇÃO ( ) DEMISSSIONAL  
( ) HOMOLOGAÇÃO DE ATESTADO

EMPRESA:	CNPJ:
FUNCIONARIO:	RG:
FUNÇÃO: CBO:	CPF:
DATA DE NASC:	PIS:
Nº CTPS: SÉRIE:	CAT: SIM ( ) NÃO ( )
DATA DE ADMISSÃO:	DATA DE DEMISSÃO:
RESP. EMPRESA:	CPF/PIS:

Rua: Silva Jardim nº3507 – Bairro: Santa Cruz

Atendimento: 07:30h às 11:00h / 14:00h às 16:00h

Fones: (17) 3234-6633 / (17) 3234-6960 WHATSAPP: (17) 99101-2030

**\*OBS:** OBRIGATÓRIO PREENCHER DADOS DA EMPRESA (CNPJ) E FUNÇÃO DE REGISTRO DO COLABORADOR.

- Comparecer com um documento com foto.
- Funções ao exigir exame de sangue (Glicemia) estar em jejum de no mínimo 06 horas.