



# MEDIT

## SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

### GUIA DE ENCAMINHAMENTO

#### Orientações Gerais

Essa Guia de Encaminhamento deve ser preenchida em sua totalidade. Não será aceita guia cujos Campos Obrigatórios (\*) estejam em branco.

Ao preencher os campos de Dados do Cargo, **verifique se estão de acordo com os previamente mapeados no PGR, PCMSO ou LTCAT da empresa. Caso contrário, entre em contato antes.**

Os dados apresentados neste documento serão enviados ao eSocial, discrepâncias ou erros anotados nesta guia são de responsabilidade exclusiva da Empresa Contratante. Revisões no Sistema do eSocial, para correção de informações imprecisas, fornecidas pela Empresa Contratante, serão cobradas conforme contrato.

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Admissional                            | Deve ser feito antes do trabalhador assumir seu posto.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Demissional                            | Deve ser realizado em até 10 dias contados do término do contrato, podendo ser dispensado caso o ASO mais recente tenha sido realizado há menos de 135 dias (Graus de Risco 1 e 2), e há menos de 90 dias (Graus de Risco 3 e 4).                                                                                                             |
| Periódico                              | De acordo com o PCMSO vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Mudança de Risco                       | Deve ser realizado antes da data da mudança.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Retorno ao Trabalho                    | Deve ser realizado antes que o empregado reassuma suas funções, quando ausente por período igual ou superior a 30 (trinta) dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não.                                                                                                                                             |
| Carteira de Vigilância Sanitária (CVS) | Demandado para trabalhadores que manipulam alimentos. Amostra de fezes deve ser entregue diretamente no laboratório estipulado na Guia Complementar. Neste local será coletada amostra de sangue e será feita raspagem de unhas (as unhas devem estar limpas de qualquer tipo de base, esmalte ou unha postiça de qualquer tipo ou material). |
| Glicemia                               | Jejum de 8 horas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Audiometria                            | Repouso auditivo mínimo de 14 horas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Trabalho em Altura/Espaço Confinado    | Será feita Avaliação Psicossocial, conforme determinado na NR-35/NR-33.                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Acuidade Visual                        | Caso o trabalhador (a) faça uso de lentes corretivas, deverá trazer as mesmas consigo.                                                                                                                                                                                                                                                        |



# MEDIT

## SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

| GUIA DE ENCAMINHAMENTO                                                                                                                         |  |             |            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|------------|--|
| Dados da Empresa                                                                                                                               |  |             |            |  |
| *Razão Social:                                                                                                                                 |  |             | *CNPJ:     |  |
| *E-mail:                                                                                                                                       |  |             | *Telefone: |  |
| Dados do Trabalhador                                                                                                                           |  |             |            |  |
| *Nome Completo:                                                                                                                                |  |             | *CPF:      |  |
| *Matrícula eSocial:                                                                                                                            |  |             | PIS:       |  |
| e-mail:                                                                                                                                        |  |             | Telefone:  |  |
| Dados do Cargo                                                                                                                                 |  |             |            |  |
| *Setor:                                                                                                                                        |  |             | *Cargo     |  |
| *CBO:                                                                                                                                          |  | Obs.:       |            |  |
| *Atividades Especiais/Específicas                                                                                                              |  |             |            |  |
| Nenhuma: Trabalho em Altura: Trabalho em Espaço Confinado:<br>Manipulação de Alimentos: Condução de Veículo ou Máquina: Eletricista:<br>Outro: |  |             |            |  |
| Exames Médicos Clínicos                                                                                                                        |  |             |            |  |
| *Tipo de Exame                                                                                                                                 |  |             |            |  |
| *Exames Complementares                                                                                                                         |  |             |            |  |
| Nenhum exame complementar: Vide PCMSO: Audiometria: Hemograma:<br>Espirometria: Acuidade Visual: ECG: EEG:                                     |  |             |            |  |
| Radiografias:                                                                                                                                  |  |             |            |  |
| Outros:                                                                                                                                        |  |             |            |  |
| Observações:                                                                                                                                   |  |             |            |  |
| Solicitante                                                                                                                                    |  |             |            |  |
| *Nome completo:                                                                                                                                |  |             |            |  |
| *Cargo:                                                                                                                                        |  |             |            |  |
| *Data:                                                                                                                                         |  | *Assinatura |            |  |