



## GUIA DE AUTORIZAÇÃO

Empresa:

Nome:

RG:

SETOR: \_\_\_\_\_

PIS/PASEP: \_\_\_\_\_

Data de nascimento:

CPF

CTPS: \_\_\_\_\_

ADMISSSIONAL  
 MUDANÇA DE FUNÇÃO

PERÍODICO

DEMISSSIONAL  
 RETORNO AO TRABALHO

Acuidade Visual  
 Audiometria  
 Consulta Clínico Geral  
 Espirometria

E.E.G  
 Raio X  
 Exames Laboratoriais : HEMOGRAMA  
COMPLETO

E.C.G

Ponta Grossa,

Assinatura e Carimbo da Empresa



Brands of the GAR GROUP  
grupogar.com.br | garfacilities.com.br | garsaude.com.br



## GUIA DE AUTORIZAÇÃO

Empresa:

Nome:

RG:

SETOR: \_\_\_\_\_

Data de nascimento:

CPF

FUNÇÃO:

ADMISSSIONAL  
 MUDANÇA DE FUNÇÃO

PERÍODICO

DEMISSSIONAL  
 RETORNO AO TRABALHO

Acuidade Visual  
 Audiometria  
 Consulta Clínico Geral  
 Espirometria

E.E.G  
 Raio X  
 Exames Laboratoriais : HEMOGRAMA  
COMPLETO

E.C.G

Ponta Grossa,

Assinatura e Carimbo da Empresa



Brands of the GAR GROUP  
grupogar.com.br | garfacilities.com.br | garsaude.com.br