

REM

EMPRESA:

REQUISIÇÃO DE EXAMES MÉDICOS

NOME:

RG:

FUNÇÃO:

SETOR:

TIPO DE EXAME

ADMISSIONAL

PERIÓDICO

RETORNO AO TRABALHO

MUDANÇA DE FUNÇÃO

DEMISSIONAL

CONSULTA MÉDICA

OUTROS

.....
.....
.....

DESTINO: CLÍNICA COP

RUA 13 DE JUNHO 201

ALAGOINHAS-BA

TEL-(75) 422-1818

.....
Assinatura do responsável pela empresa

ALAGOINHAS / /

PS: Favor não esquecer de colocar na REM a Função correta do trabalhador o número da RG e o setor que o mesmo atua, pra que facilite o trabalho, evitando assim prejuízo para a empresa.

Obs:-----.