

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO-EXAME CLÍNICO

FUNCIONÁRIO:

MATRÍCULA: DATA DE NASCIMENTO: SEXO: M ☐ F ☐

MOTIVO/TIPO DE ASO:

EXAME FÍSICO: PESO Kg ALTURA cm P.A

OUTROS:

PROCEDIMENTOS MÉDICO:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

QUEIXAS DO TRABALHADOR:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

ORIENTAÇÕES MÉDICAS:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

CONCLUSÕES:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

OBSERVAÇÕES:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

COORDENADOR DO PCMSO:

DATA:

MÉDICO EXAMINADOR:
(CARIMBO E ASSINATURA)

ASS. DO EMPREGADO