



QUALILOG SSO SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL



GUIA DE ENCAMINHAMENTO – ATENDIMENTO OCUPACIONAL

☐ ADMISSIONAL	☐ PERIÓDICO	☐ DEMISSÃO
☐ RETORNO AO TRABALHO	☐ MUDANÇA DE RISCOS (Setor/Função)	☐ AVALIAÇÃO MÉDICA (VALIDAÇÃO)

Responsável pelo preenchimento das informações: _____

O(S) EXAME(S) A SEREM REALIZADOS DEVEM OBEDECER:

- () O PCMSO - Deve seguir conforme o quadro de exames do PCMSO – NÃO PRECISA SELECIONAR
() Conforme o PCMSO + Os exames que complementarei - () Realizar apenas os exames que eu vou selecionar

Empresa: _____ CNPJ: _____

Endereço: _____

Funcionário: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Matrícula eSocial: _____

CPF: _____ RG: _____ Nascimento: _____ PCD/PNE () Sim () Não

Setor: _____ Função: _____

LOCAL DE ATENDIMENTO - MARQUE COM X UMA DAS OPÇÕES ABAIXO

() SEDE SSO

Cidade: São Paulo/UF: SP – Rua Sete de abril, 59 – 2º, 8º, 10º Andar – CEP: 01043-000

() REDE CREDENCIADA:

Cidade: _____ /UF: _____ - Endereço: _____

COMO DESEJA SER ATENDIDO

() Agendamento, das 08:00 às 18:00

PARA AGENDAMENTO: escaneie o QRCode através do celular ou clique aqui [AgendeSeuExameNaSSO](https://bit.ly/4dmaq6Z) ou acesse <https://bit.ly/4dmaq6Z>

() Ordem de chegada, das 08:00 às 17:45

Basta se dirigir até o endereço indicado acima com a guia completamente preenchida

EXAMES CLÍNICOS E COMPLEMENTARES (PREENCHER DE ACORDO COM O PCMSO)

☐ Exame Médico - Clínico - ASO	☐ Hemograma Completo	☐ TGP
☐ Audiometria Tonal - Ocupacional	☐ Espirometria	☐ Gama GT
☐ Audiometria Vocal	☐ Raio X Tórax PA - OIT	☐ PPF
☐ Acuidade Visual	☐ EEG - Eletroencefalograma	☐ Coprocultura
☐ Avaliação Psicossocial	☐ ECG - Eletrocardiograma	☐ VDRL
☐ Avaliação Oftalmológica	☐ TGO	☐ Micológico de Unha
☐ Glicemia em jejum	☐ Anticorpos hepatite C (Anti-HCV)	☐ Anticorpos hepatite B (HBs Ag)
☐ Romberg – Teste Equilíbrio	☐ Teste Ishihara – Teste Cores	☐ Toxicológico CNH - Renovação
☐ Toxicológico RIBAC - Aviação	☐ Toxicológico CAGED - CNH	☐ Toxicológico Particular/Concurso

CASO NÃO TENHA O EXAME DESCRITO PREENCHER ABAIXO

☐	☐	☐
☐	☐	☐

GOSTARÍAMOS DE FORNECER ALGUMAS ORIENTAÇÕES IMPORTANTES PARA OS ATENDIMENTOS NAS CLÍNICAS PRÓPRIAS E CLÍNICAS CREDENCIADAS.

- Para a **Clínica Sede da QualiLog SSO**, os atendimentos podem ser agendados previamente (leia o QRCode pelo celular ou Clique no [AgendeSeuExameNaSSO](https://bit.ly/4dmaq6Z) que está em azul ou através do Link <https://bit.ly/4dmaq6Z>) ou caso não queira agendar realizamos atendimentos por ordem de chegada.
- Para **Atendimento Nacional**, na rede credenciada, é necessário realizar o agendamento prévio através do e-mail credenciamento@sso.com.br.
- Ao comparecer para o atendimento, é imprescindível apresentar um documento com foto (RG/CNH) juntamente com a Guia devidamente preenchida. A Guia pode ser entregue impressa pessoalmente, enviada via WhatsApp para o número (11) 3129-3632 ou encaminhada por e-mail para atendimento@sso.com.br.
- No caso de retorno ao trabalho, solicitamos que a Guia seja encaminhada, anexando os seguintes documentos: cópia do atestado referente ao período de afastamento, cópia da alta médica do INSS e/ou laudo médico detalhado.
- No caso de RETORNO AO TRABALHO, solicitamos que a Guia seja encaminhada, anexando os seguintes documentos: cópia do atestado referente ao período de afastamento, cópia da alta médica do INSS e/ou laudo médico detalhado.
- No caso de RETORNO AO TRABALHO caso o examinado tenha realizado exames complementares, é importante trazer os resultados para avaliação médica.
- Por fim, é necessário preencher o campo PCD/PNE quando candidatos ou funcionários participarem ou forem participar das vagas destinadas a pessoas com deficiência (PCD/PNE).

NOTAS: Todas as informações solicitadas neste formulário devem ser respeitadas e preenchidas corretamente, a fim de garantir a segurança e qualidade na prestação de serviços. Caso haja qualquer divergência devido à falta de informação e/ou ao preenchimento incorreto ou equivocado das informações, a QualiLog SSO se isenta de qualquer responsabilidade jurídica e trabalhista decorrente da situação gerada decorrente as informações, e poderá realizar a cobrança novamente para correção.

Se for preenchido digitalmente colocar o nome completo e o número do celular com WhatsApp

Se for preenchido digitalmente colocar o nome completo e o número do celular com WhatsApp

Assinatura do Funcionário

Assinatura e Carimbo do responsável pelo preenchimento

Tel.: (11) 3771-3484 | Tel/Fax: (11) 3772-3194 | www.sso.com.br | atendimento@sso.com.br | comercial@sso.com.br
Rua Sete de Abril, nº 59 – 2º, 8º e 10º Andar - República - São Paulo - SP - CEP: 01043-000