**GUIA PARA EXAME**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ADMISSIONAL |  | PERIÓDICO |
|  | MUDANÇA DE FUNÇÃO |  | RETORNO AO TRABALHO |
|  | DEMISSIONAL |  | AVALIAÇÃO MÉDICA |

**Dados da Empresa:**

|  |  |
| --- | --- |
| Empresa: |   |
| CNPJ: |   | Insc. Est: |   |
| Endereço: |   | CEP: |   |
| Fone: |   | Contato: |   |
| E-mail: |  |

**Dados do Colaborador:**

|  |  |
| --- | --- |
| Funcionário: |   |
| CPF: |   | RG: |   |
| Data de Nasc.: |   | Data de Admissão |   |
| Setor: |   | Função: |   |
| PIS: |   | Matricula: |   |

**E-SOCIAL – DESEJO RECEBER ARQUIVO XML – R$ 30,00 ( ) sim ( ) não**

|  |
| --- |
| Exames a serem realizados: (descrever todos os exames) |
|   |
|  |
|  |

**Preenchimento obrigatório de todos os campos**

**Forma de pagamento**

|  |  |
| --- | --- |
|   | Dinheiro |
|   | PIX |
|  | Deposito/Transferência |

Obs.: Caso pagamento seja PIX, deposito/transferência, anexar comprovante.

Carimbo e Assinatura da Empresa

\*O arquivo XML será enviado somente com o preenchimento de todos os campos solicitados na guia, na falta de informaçoes a Cemeap não fica obrigada a prestar o serviço contratado ou realizar a devolução dos valores pagos.