**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.