

À PRONTOCLINICA,

A empresa **RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA, NÚMEROS DO CNPJ** encaminha o funcionário relacionado abaixo para realização dos seguintes exames:

NOME COMPLETO DO FUNCIONÁRIO	FUNÇÃO

Exame Médico:

Admissional ()

Periódico ()

Demissional ()

Mudança de Função ()

Retorno ao Trabalho ()

Clínica:

- Centro RJ - Rua Graça Aranha – 416 – 1º e 2º andares

Horários de Atendimento: 3ª, 4ª e 5ª - 08:00 às 11:30 Hs / 2ª e 6ª - 08:00 às 15:00 Hs

Telefones: (21)2460-5400 / (21)96569-4391

E-mails: prontoclinicaexames@gmail.com / prontoclinicarj@gmail.com

(Caso seja necessário exame complementar, somente haverá atendimento na parte da manhã, é imprescindível levar o encaminhamento)

PRONTOCLINICA

Central de Atendimento: 21 2460-5400

Rio de Janeiro, **de** **de 202**

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL