|  |  |
| --- | --- |
| D:\11 Documentos\1 Doc. Clínica São Lucas\Imagens\Clínica.jpg**eSocial-logo2.jpg** | **Rua 22 de Abril, Nº 520, Centro – Marechal Cândido Rondon – PR****45 3254-6636 / 99920-5902 (Whatsapp)** **E-mail:** **agendamento.clinica@saolucas-sst.com.br** |
| **GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA EXAME OCUPACIONAL E E-SOCIAL** |
| **( ) ADMISSIONAL****( ) PERIÓDICO****( ) MUDANÇA DE FUNÇÃO** | **( ) RETORNO AO TRABALHO****( ) DEMISSIONAL** |
| **OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO CORRETO DAS INFORMAÇÕES CONFORME CADASTRO NO E- SOCIAL PARA A TRANSMISSÃO DE DADOS E EVENTOS. A FALTA DE DADOS PODERÁ INVIABILIZAR O ATENDIMENTO AO COLABORADOR.** |
| A empresa | Clique aqui para digitar texto. |
| CNPJ: | Clique aqui para digitar texto. | autoriza |
| o (a) Colaborador (a) | Clique aqui para digitar texto. |
| RG.: | Clique aqui para digitar texto. | CPF: | Clique aqui para digitar texto. |
| Data de Nascimento:  | Clique aqui para digitar texto. | Data de Admissão:  |  | Data de Demissão:Para Demissional | Clique aqui para digitar texto. |
| Nº CTPS:Carteira de Trabalho | Clique aqui para digitar texto. | Nº Série da CTPS: | Clique aqui para digitar texto. | Nº do PIS: | Clique aqui para digitar texto. |
| Função de registrado: | Clique aqui para digitar texto. | CBO: | Clique aqui para digitar texto. |
| Setor: | Clique aqui para digitar texto. |
| Número da Matrícula | Clique aqui para digitar texto. |
| Código e Categoria do Trabalhador | Clique aqui para digitar texto. |
|  | **Marechal Cândido Rondon** | - | Pr, | **20** | de | **Novembro** | de | **2021** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Nome e Carimbo da Empresa** |