



GUIA DE EXAME MÉDICO PARA REGIME DE DIREÇÃO

NÚMERO DO PROTOCOLO DA INSCRIÇÃO:

NOME DO SERVIDOR:

MATRÍCULA:

CENTRO DE CUSTO:

CARGO:

FUNÇÃO:

SECRETARIA:

DEPARTAMENTO:

COORDENADORIA/SETOR:

FUNÇÃO ESPECIAL - MOTORISTA DE VEÍCULO TIPO

SEDAN (GOL, ESCORT, UNO, FUSCA, ETC.)

UTILITÁRIO PASSAGEIRO (KOMBI)

UTILITÁRIO CARGA (PICAPE)

CAMINHÃO 04 TONELADAS

CAMINHÃO 06 TONELADAS

CAMINHÃO 04 TONELADAS TIPO BAÚ

ENCAMINHADO PARA EXAME MÉDICO POR:

ASSINATURA / CARIMBO / DATA:

RESULTADO DO EXAME MÉDICO

O SERVIDOR FOI CONSIDERADO CLINICAMENTE: _____

APTO

INAPTO

PARA O DESEMPENHO DA FUNÇÃO ESPECIAL DE MOTORISTA DE VEÍCULO

ASSINATURA / CARIMBO DO MÉDICO E DATA: