



ORDEM DE SERVIÇO

EMPRESA:

RESPONSÁVEL:

COLABORADOR:

SETOR:

MATRICULA:

RG:

FUNÇÃO:

EXAME AUTORIZADO ADMISSIONAL PERIODICO DEMISSIONAL COMPLEMENTARES

DATA ___/___/___

HORA AGENDADA ___:___

CHEGADA ___:___

SAIDA ___:___

FORMA DE PAGAMENTO

A VISTA

FATURADO

OBS:

AUTORIZADO POR(Carimbo e Assinatura)

CLINICA LAVORO

LAVORO - Saude e Segurança do Trabalho

Itabuna - Av. Aziz Maron 1117, sala 10, Fone (73) 3212-2277 | Ilheus - Av. Dois de Julho 1027, Fone (73)3613-6595
contato@clinicalavoro.com.br | www.clinicalavoro.com.br