

Rio de Janeiro, de de .

RAZÃO SOCIAL: _____

ENDEREÇO: _____

CNPJ: _____ TEL: _____

AO SINDILOJAS-RIO

Prezados Senhores:

Encaminhamos o (a) Sr. (a) _____

CPF _____ IDENTIDADE _____ para

que seja submetido a EXAME MÉDICO _____ (*Admissional, Periódico, Mudança de Função, Retorno ao Trabalho, Demissional*) na forma prescrita no Art. 168 da C.L.T.

Informamos que o(a) supracitado(a) desempenha(rá) a função _____ fazendo parte de sua atividade algumas tarefas principais, o seguinte: _____.

IMPRESCINDÍVEL APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE E CPF

Atenciosamente,

Assinatura e carimbo do CNPJ

NOSSOS ENDEREÇOS:

www.sindilojas-rio.com.br

SEDE Rua da Quitanda, 3 -11º andar – Centro..... ☎ 2217-5000
COPA Rua Siqueira Campos, 53 SIs 804 a 806..... ☎ 2235-6873 / 2235-2992
B.DA TIJUCA Av. das Américas , 4790 sala 226..... ☎ 2431-5096 / 2431-5569
MADUREIRA Rua Maria Freitas, 129 SI. 301 ☎ 2489-8066 / 2489-4600
C. GRANDE Rua Augusto de Vasconcelos 177 / 408..... ☎ 3356-2597 / 3394-4384