**SOLICITAÇÃO DE VOUCHER PARA EXAME TOXICOLÓGICO**

**Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **ASSOCIADA** |
|  | **SIM** |
|  | **NÃO** |

 **CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **FINALIDADE:**
	1. **CLT** (R$ 150,00 para empresas associadas e R$ 200,00 para empresas não associadas)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Admissão |
|  | Periódico |
|  | Retorno ao trabalho |
|  | Demissão |

**CNH** (R$ 200,00 para empresas associadas ou não)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Renovação |
|  | Mudança de categoria |
|  | Primeira habilitação |

**OUTRO**

|  |
| --- |
| Especificar: |
|  |

1. **DADOS DO DOADOR (funcionário):**

|  |
| --- |
| NOME:  |
| CPF: | CNH: |
| TELEFONE: |
| E-MAIL |
| ENDEREÇO (COM CEP): |
|  |

1. **E-MAIL PARA ENVIO DE NOTA FISCAL:**

**Observação:** No ato da realização do exame será informado ao doador (funcionário) um número de protocolo para acesso ao resultado do exame, que estará disponível em 5 dias úteis no seguinte endereço:
<http://resultado.ctox.io/>

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Assinatura do Responsável pela empresa ou Procurador