



Nome:		Idade:
Matrícula:	Função	Telefone:
Nome da empresa		Gerência:
Nome do supervisor:		Telefone:

Data : ____/____/____	Horario: ____:____
Local de trabalho :	
Dia da Semana:	Feriado: () Sim () Não

Assinatura do empregado	Assinatura do responsável
-------------------------	---------------------------

PA _____ X _____ mmHg; FC: _____; FR: _____ l/rpm; Tax: _____; SPO2: _____

[illegible]

[illegible]
