GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

***Cabeçalho da Unidade Escolar***

Anexo II

# PLANILHA DE CONTROLE DE EXAMES DE SAÚDE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Servidor**  | **RG** | **Nome do Laboratório IAMSPE** | **Data da Realização**  | **Próxima Realização** |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

*Os exames de hemograma completo, coprocultura e o coproparasitológico devem ser realizados semestralmente para*

*aqueles que manipulem diretamente os alimentos ou participem diretamente da distribuição e oferta de refeições.*

*Os documentos, ou cópia que comprovem a realização dos exames acima citados devem permanecer arquivados pelo*

*período de validade/vigência dos mesmos.*