

**TERMO DE RECUSA DA
REALIZAÇÃO DE EXAME MÉDICO DEMISSSIONAL****IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR****RAZÃO SOCIAL: BETO MONT JUNDIAÍ LTDA.****CNPJ N° 04.414.787/0001-99****IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADO****NOME: Daniel Possamai da Silva****CARGO: Topógrafo****CPF OU RG: 223.954.708-13****ENDEREÇO: Rua Benedito Costa, 162 - Jd. Cid. Pirituba - São Paulo - SP****CEP: 02941-070****JUSTIFICAR O MOTIVO DA RECUSA: Não estou com disponibilidade para ir a São Paulo fazer o exame por motivo de trabalho.**

O EMPREGADO acima identificado DECLARA que está ciente das implicações que podem ocorrer a partir da decisão em recusar o exame demissional, em especial, o risco de possuir alguma doença no ato do desligamento da empresa.

Declara também que a presente decisão é adotada de livre e espontânea vontade, após a ciência sobre os riscos e implicações que podem ocorrer a partir dela.

DATA: 02 / 01 / 2023Daniel Possamai da Silva
Assinatura do Empregado