

**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