



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

O(a) Sr.(a) 71385016 - MARIA ROCHA ABREU compareceu a esta clínica às \_\_\_\_\_ horas para

- 1- Consulta [checked] 2- Exame [ ] 3- Acompanhar Familiar [ ]

Outrossim comunicamos que:

- a- pode voltar em seguida ao trabalho/escola [ ]
b- foi encaminhado ao especialista [ ] Laboratório [ ] Radiologista [ ]
c- dever ficar afastado(a) do trabalho/escola no dia de hoje [ ]
d -deverá ficar afastado do trabalho/escola por UM dias a contar desta data 03/04/2024 [checked]
e-CID

Fortaleza, 03 de ABRIL de 2024

Handwritten signature: Dr. João Laerte Alves de Freitas Filho, CRM 19900

Ciente:

Paciente ou Representante: JOAO LAERTE ALVES DE FREITAS FILHO / CRM - 19900 CRM: 19900

DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

PAA-1 [ ] PAA-1 [ ]

Ao Dep Pessoal Nome:

- 1- Ficará afastado(a) do trabalho por \_\_\_\_\_ dias.
2- Providenciar doc.p/benefício sempre que o afastamento ultrapassar 15 dias.
3- Horário de trabalho do funcionário no dia do atendimento \_\_\_\_\_

ASRM/SEAMC 18 Cód.: 16728

DEP. MÉDICO

AO DEP. MÉDICO MÉDICO DA EMPRESA

Senhor usuário entregar esta comunicação na Empresa dentro de 24 horas