

O(a) Sr.(a)

71829925 - LEONARDO SALES DE SOUSA FERNANDES / CPF - 643.883.953-15

compareceu a esta clínica às _____ horas para:

1- Consulta _____ ☒2- Exame _____ ☐3- Acompanhar Familiar _____ ☐

Outros sim comunicamos que:

a- pode voltar em seguida ao trabalho/escola _____ ☐b- foi encaminhado ao especialista ☐ Laboratório ☐ Radiologistac- dever ficar afastado(a) do trabalho/escola no dia de hoje _____ ☐d -deverá ficar afastado do trabalho/escola por 2 dias a contar desta data 26/03/2025 _____ ☒

e-CID

Fortaleza, 26 de MARÇO de 2025

JOAO LAERTE ALVES DE FREITAS FILHO / CRM - 19900
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

Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, resolução CFM 1821/2007, no sistema certificado SGI-S-CFM nº 063, por
JOAO LAERTE ALVES DE FREITAS FILHO, CPF: 05665068307, às 12:48 GMT-03:00 de 26/03/2025.

Estado: Assinatura digital válida

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (UTC-03:00)

