



**PRONTOCLÍNICA
DE FORTALEZA**

ATESTADO

Paciente: Jose Valdimir Gomes Peres

Data: 04 / 08 / 26 Hora Chegada: _____ : _____ Hora Saída: _____ : _____

VÁLIDO SE ASSINALADO SOMENTE UM ITEM

O paciente compareceu para:

- ☐ Consulta
- ☐ Acompanhamento de membros da família
- ☐ Fazer exames
- ☐ Entregar / Retirar exames
- ☐ Marcar consulta / Exames
- ☐ Incapacitado para o trabalho hoje
- ☒ Incapacitado para o trabalho por 04 dias, a partir desta data (Limita de 15 dias neste item). Retorno no trabalho em 08 / 08 / 26

Obs.: Autorizo anotar CID: H 25.0

Dr. Vicente Forte Filho
Médico Oftalmologista
CRM-CE 6479 / RQE 2611

Carimbo e assinatura do médico

Assinatura do paciente

Importante: Apresentar-se ao Departamento Pessoal com esta comunicação dentro de 24hs.

Av. João Pessoa, 4408 - Damas | Tel.: (85) 3305.9000 | CEP: 60.425-812 | Fortaleza - CE

Diretor técnico- Dra. Vânia Queiroz - RQE- 5952