

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

Sr(a). João Soares de Souza
nascido(a) em ___/___/___ compareceu a este hospital às ___ horas para:

- | | |
|---|---|
| 1- Consulta <input checked="" type="checkbox"/> | 5- Retirar Exame <input type="checkbox"/> |
| 2- Acompanhar Familiar <input type="checkbox"/> | 6- Cirurgia <u>pos-operatório</u> <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3- Fazer curativo <input type="checkbox"/> | 7- Outro <input type="checkbox"/> |
| 4- Realizar Exame <input type="checkbox"/> | |

Outrossim comunicamos que:

a- poderá voltar em seguida ao trabalho

b- foi encaminhado(a) a(ao)

c- deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje

d- deverá ficar afastado(a) do trabalho por (14) dias, a contar desta data 01/08/23

e- CID C18

Fortaleza, 01 de agosto de 2023

[Assinatura]
Dr. Eduardo F. M. Costa
Cirurgia Digestiva
CRMES 12017 / ROE 12038

Carimbo e Assinatura do Médico

ELABORAÇÃO: Dr. Francisco Monteiro (Fev/ 2004)	VALIDAÇÃO: Dr. Wilson Meireles (Fev/ 2004)	REVISÃO: Sofia Esmeraldo (Nº 03 - Abr/22)
---	---	--