



ATESTADO MÉDICO

O(a) Sr(a) Carlos Alberto Gomes de Matos

compareceu a esta clínica às _____ horas para:

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1 - Consulta _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 - Cirurgia _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2 - Acompanhar familiar _____ | <input type="checkbox"/> | 5 - Fazer Radiografia _____ | <input type="checkbox"/> |
| 3 - Fazer exame de Laboratório _____ | <input type="checkbox"/> | 6 - Fisioterapia _____ | <input type="checkbox"/> |

Comunicamos também que:

- a - pode voltar em seguida ao trabalho _____
- b - foi encaminhado à especialista Laboratório Radiologista
- c - deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje no período de manhã _____
- d - deverá ficar afastado(a) do trabalho _____ dias a contar desta data _____
- e - poderia ter se apresentado, sem faltar ao expediente ou fora do horário de trabalho _____
- f - CID _____

Fortaleza, 08 de novembro de 20

[Assinatura]
Nestor S.V.C. Neto
Cirurgia Digestiva
Bariátrica
CRM 5680 - RQE 10714

DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

PAA-1 PAA-1

Ao Dep. Pessoal

Nome: _____

- 1 - Ficará afastado(a) do trabalho por _____ dias.
- 2 - Providenciar documento para benefício sempre que o afastamento ultrapassar 15 dias.
- 3 - Horário de trabalho do funcionário no dia do atendimento _____

DEP. MÉDICO