



Transclinica Clinica Medica e Psicologica LTDA.

Registro:193 Data: 10/05/2020

Sr(a) BRUNA

0000000

---

*Por ocasião do exame de saúde para habilitação foi constatado que sua pressão arterial estava em mmHg.*

*Solicitamos que o Senhor(a) consulte o médico de sua preferência para realizar o tratamento adequado e que a sua pressão arterial seja verificada novamente em dois ou mais dias na próxima semana. Quando alcançados os níveis preconizados pelo seu médico, retorne trazendo este formulário. O objetivo destes cuidados será sempre a sua segurança e a dos demais usuários do trânsito.*

---

*Visitante-  
10/05/2020*

*Este formulário poderá ser utilizado para anotar a leitura da sua pressão arterial, realizada pelo médico clínico ou cardiologista que lhe assiste:*

<i><b>Data</b></i>	<i><b>Medida da PA</b></i>	<i><b>Médico/Carimbo</b></i>	<i><b>Telefone</b></i>

Observações:

---

*Assinatura do Médico Assistente*