|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO** |
|  |

Declaro que o Sr. (A) Kauan Kelvin Santos Barbosa de CPF nº: 714.237.091-28. Compareceu a esta clinica com objetivo de submeter-se a avaliação médica administrativa em virtude do atestado médico data do 27/06/2025 em que foi sugerido afastamento pelo período de 7 dia(s) com CID: Z00 emitido (a) pelo (a) Dr. (A) Sávio Ribeiro da Cruz CRM 25621-DF..

|  |  |
| --- | --- |
| **APÓS AVALIAÇAO CLÍNICA, FOI DECIDIDO:**  Afastamento Total:  Afastamento parcial pelo período de:  Negada licença médica por motivo de doença   |  | | --- | | Caso o paciente não se sinta apto para retornar ao trabalho, deverá retornar ao médico assistente para uma nova avaliação. | |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico do trabalho/ Examinador

Brasília, 28/06/2025

|  |
| --- |
| **PRONTUÁRIO DE PÉRICIA MÉDICA** |
|  |

NOME: Kauan Kelvin Santos Barbosa

FUNÇÃO: Auxiliar Administrativo

EMPRESA: NOVA Medicina e Segurança do Trabalho LTDA

CID10: Z00

DATA DO ATESTADO: 27/06/2025 Nº DE DIAS DE AFASTAMENTO: 7

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE FORNECEU O ATESTADO:**

Dr. (A) Sávio Ribeiro da Cruz CRM 25621-DF..

|  |  |
| --- | --- |
| APÓS AVALIAÇAO CLÍNICA, FOI DECIDIDO:  Afastamento Total  Afastamento parcial pelo período de:  Negada licença médica por motivo de doença   |  | | --- | |  | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico do trabalho/ Examinado

Brasília, 28/06/2025