|  |
| --- |
| **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 28/06/2025 em que foi sugerido afastamento pelo período de 2 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 |
| EMPRESA: NOVA Medicina e Segurança do Trabalho LTDA |
| CID10: Z00 |
| DATA DO ATESTADO: 28/06/2025 Nº DE DIAS DE AFASTAMENTO: 2 |
| **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 / Examinador**

Brasília, 28/06/2025