



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde
POLICLÍNICA II - GAMA

AGENDAMENTO DE RETORNO

NOME:

SES:

☐

DEVERÁ RETORNAR PARA ACOMPANHAMENTO
EM _____

☐

DEVERÁ RETORNAR PARA ENTREGA DE
EXAMES COM NOVA DATA A AGENDAR

DATA / /

Assinatura/carimbo