

ANEXO I

TERMO DE AVALIAÇÃO DE SERVIDOR EM SERVIÇO EXTERNO
PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER

Declaro ter avaliado a paciente _____
no dia ____ / ____ / _____ referente à sua saúde ginecológica, estando programada
reavaliação em ____ / _____ (mês/ano).

Declaro que a supracitada avaliação () identificou () não identificou substrato para
restrição ao trabalho ou afastamento do mesmo.

Data: ____/____/____

Assinatura/Carimbo do(a) Ginecologista Assistente