

|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------|--------------------------|----------------|--|---------------|--|
| RECADOS CORPO CLÍNICO  |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  | FO-AGE 008    |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  | Revisão: 00   |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  | Unidade: CLAC |  |
|                        | ATENDENTE:                                        | RHIANE                                                                                        |  |  |  |          | MÉDICO:                  | CAROLINA SAKAE |  |               |  |
|                        | DATA DO RECADO:                                   | 18/12/2024                                                                                    |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        | PACIENTE:                                         | FABRICIO DE OLIVEIRA                                                                          |  |  |  |          | PRONTUÁRIO:              | 13271          |  |               |  |
|                        | DATA DE NASC.:                                    | 03/11/1977                                                                                    |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        | ENDEREÇO (se necessário):                         |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        | CONVÊNIO:                                         | COPEL                                                                                         |  |  |  | CELULAR: | 41 996556282             |                |  |               |  |
|                        | ASSUNTO:                                          |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        | DESCRIÇÃO:                                        | PACIENTE ENTROU EM CONTATO ALEGANDO QUE A DRA. COLOCOU DATAS ERRADAS NA GUIA E DESEJA AJUSTAR |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        | DISSE QUE PEDIU PARA NOVEMBRO, DEZEMBRO E JANEIRO |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        | SEGUE GUI EM ANEXO                                |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
| PREENCHIMENTO MÉDICO   | RESPOSTA MÉDICA:                                  |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   | ATENDENTE                                                                                     |  |  |  |          | MÉDICO                   |                |  |               |  |
| Via atendente          |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  | FO-AGE 008    |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  | Revisão: 00   |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  | Unidade: CLAC |  |
| PREENCHIMENTO RECEPÇÃO | ATENDENTE:                                        | RHIANE                                                                                        |  |  |  |          | MÉDICO:                  | CAROLINA SAKAE |  |               |  |
|                        | DATA DO RECADO:                                   | 18/12/2024                                                                                    |  |  |  |          | DATA DA RESPOSTA MÉDICA: |                |  |               |  |
|                        | PACIENTE:                                         | FABRICIO DE OLIVEIRA                                                                          |  |  |  |          | PRONTUÁRIO:              | 13271          |  |               |  |
|                        | DATA DE NASC.:                                    | 03/11/1977                                                                                    |  |  |  |          | E-MAIL (se necessário):  |                |  |               |  |
|                        | ENDEREÇO (se necessário):                         |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        | CONVÊNIO:                                         | COPEL                                                                                         |  |  |  | CELULAR: |                          |                |  |               |  |
|                        | ASSUNTO:                                          |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        | DESCRIÇÃO:                                        | PACIENTE ENTROU EM CONTATO ALEGANDO QUE A DRA. COLOCOU DATAS ERRADAS NA GUIA E DESEJA AJUSTAR |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        | DISSE QUE PEDIU PARA NOVEMBRO, DEZEMBRO E JANEIRO |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        | SEGUE GUI EM ANEXO                                |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
| PREENCHIMENTO MÉDICO   | RESPOSTA MÉDICA:                                  |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |
|                        |                                                   | ATENDENTE                                                                                     |  |  |  |          | MÉDICO                   |                |  |               |  |
| Via do corpo clínico   |                                                   |                                                                                               |  |  |  |          |                          |                |  |               |  |