

## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO FORA DO PRAZO

Eu, Dr(a). [Nome do Médico], CRM [Número do CRM], autorizo o atendimento de retorno para o(a) paciente [Nome Completo do Paciente] na data de [XX/XX/XXXX].

Declaro que, mesmo estando fora do prazo habitual de [30] dias, este atendimento será considerado como retorno da consulta anterior, não sendo cobrado como uma nova consulta.

Curitiba, [XX] de [mês] de [XXXX].

---

Carimbo e assinatura do médico responsável

Centro Médico Adventista de Curitiba

