

DECLARAÇÃO MÉDICA

Atesto que _____,
esteve em consulta de acompanhamento preventivo, tendo feito no período de
____/____/____ a ____/____/____ os exames abaixo indicados:

Sexo Masculino:

- ☐ HEMOG C/ CONT PLAQ OU FCS (ERITROGR, LEUCOG, PLAQ)
- ☐ GLICOSE – PESQUISA E/OU DOSAGEM
- ☐ COLESTEROL TOTAL – PESQUISA E/OU DOSAGEM
- ☐ COLESTEROL (LDL) – PESQUISA E/OU DOSAGEM
- ☐ COLESTEROL (VLDL) – PESQUISA E/OU DOSAGEM
- ☐ COLESTEROL (HDL) – PESQUISA E/OU DOSAGEM
- ☐ ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO TOTAL (PSA)
- ☐ SANGUE OCULTO, PESQUISA – NAS FEZES

Sexo Feminino:

- ☐ COLETA DE MATERIAL CÉRVICO-VAGINAL
- ☐ PROCED DIAG EM CITOPATOLOGIA CERVICO-VAG ONCÓTICA
- ☐ MAMOGRAFIA
- ☐ HEMOG C/ CONT PLAQ OU FCS (ERITROGR, LEUCOG, PLAQ)
- ☐ GLICOSE – PESQUISA E/OU DOSAGEM
- ☐ COLESTEROL TOTAL – PESQUISA E/OU DOSAGEM
- ☐ COLESTEROL (LDL) – PESQUISA E/OU DOSAGEM
- ☐ COLESTEROL (VLDL) – PESQUISA E/OU DOSAGEM
- ☐ COLESTEROL (HDL) – PESQUISA E/OU DOSAGEM
- ☐ SANGUE OCULTO, PESQUISA – NAS FEZES

Considerações Médicas:

Data, assinatura e carimbo médico.

Prezado(a) assistido(a), pedimos preencher os campos abaixo com seus dados e devolver para Fundação Sistel Seguridade Social – Programa Exames Preventivo SEPS/EQ. 702/902 – Conjunto B – Bloco A Brasília – DF – CEP 70390-025.

NOME DO ASSISTIDO: _____
MATRÍCULA SISTEL: _____ CPF: _____