



# FHAJ

Fundação Hospital Adriano Jorge



AMAZONAS  
GOVERNO DO ESTADO

## ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Jefes Macedo R. de  
Silva necessita de 01 (um) dias de

afastamento, a partir desta data, por motivo de doença.

CID Consulte ortopedica.

MAR. AM 04/07/25

Local e Data

Dr. Alessandro A. Murtiz  
CRM-AM 2632  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - RBE-SS  
CIRURGIA DE MANO - RBE-SS

Assinatura C/CRM/CRO

NOTA. Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art, 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto Nº 60.501 de 14/03/67 e, será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Jefes Macedo R. de Silveira

uso int.

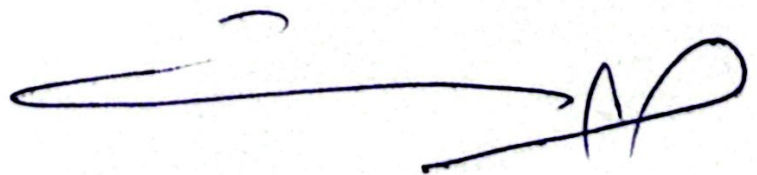
1) Doxerost NP \_\_\_\_\_ 02x.  
Tomar 01 comp. (Vo) die

2) Torogesic SL 10mg \_\_\_\_\_ 01x  
Tomar 01 comp. (SL) 8/8h  
se dor.

3) Colar local \_\_\_\_\_ 4x die  
por 20 minutos cada.

dr. AO. AM

04  
—  
07  
—  
25.



Dr. Alessandro A. Murta  
CRM-AM 2632  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - RQE 188  
CIRURGIA DE MÃO - RQE 2928



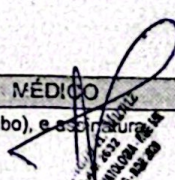
GOVERNO DO ESTADO DO  
**AMAZONAS**

Governo do Estado do Amazonas  
Secretaria de Estado da Saúde - SUSAM  
Fundação Hospital Adriano Jorge - FHAJ



FUNDAÇÃO HOSPITAL  
**ADRIANO JORGE**

### ENCAMINHAMENTO SOLICITAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS

INFORMAÇÕES DA UNIDADE SOLICITANTE			
Unidade:	FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE		CNES: 2012685
Endereço:	Av. Carvalho Leal, 1778. Cachoeirinha - Manaus/AM		Telefone: 3612-2200
DADOS DO PACIENTE			
Nome:	Jefo Macedo		
Mãe:			Telefone:
D.N.:	Idade:	Sexo:	CNS:
JUSTIFICATIVA (dados clínicos, laboratoriais / condições especiais)		PROCEDIMENTO SOLICITADO	
STC grau III Bilateral		Fisioterapia 10 sessões	
QUALIFICAÇÃO DE RISCO (prioridade)	CID	MÉDICO	
<input type="checkbox"/> 0 - Atendimento imediato (vermelho) <input type="checkbox"/> 1 - Atendimento mais breve possível (amarelo) <input type="checkbox"/> 2 - Prioridade não urgente (verde) <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Atendimento eletivo (azul)	G56.0	*Nome e CRM legíveis (carimbo), e assinatura  CRM 123456789 Médico(a) de 1ª Categoria	
		DATA	
		04/07/25	
MARCAÇÃO DA CONSULTA E EXAMES ESPECIALIZADOS			
Unidade executante:			
Data:	Hora:	Código da solicitação:	Nº Chave: