



Declaração Médica



Atesto que _____, matrícula Sistel _____, esteve em consulta de acompanhamento preventivo, tendo feito, no período de ___/___/2019 a ___/___/2019, os exames abaixo indicados:

EXAMES MASCULINOS

- EM CONSULTÓRIO - CONSULTA MÉDICA
- GLICOSE - PESQUISA/DOSAGEM
- COLESTEROL TOTAL - PESQUISA/DOSAGEM
- COLESTEROL (LDL) - PESQUISA/DOSAGEM
- COLESTEROL (VLDL) - PESQUISA/DOSAGEM
- COLESTEROL (HDL) - PESQUISA/DOSAGEM
- HEMOG. C/CONT. PLAQ. OU FCS (ERITROGR., LEUC., PLAQ.)
- ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO TOTAL (PSA) **OU** PSA LIVRE
- SANGUE OCULTO, PESQUISA (NAS FEZES)

EXAMES FEMININOS

- EM CONSULTÓRIO - CONSULTA MÉDICA
- COLETA DE MATERIAL CÉRVICO-VAGINAL
- GLICOSE - PESQUISA/DOSAGEM
- COLESTEROL TOTAL - PESQUISA/DOSAGEM
- COLESTEROL (LDL) - PESQUISA/DOSAGEM
- COLESTEROL (VLDL) - PESQUISA/DOSAGEM
- COLESTEROL (HDL) - PESQUISA/DOSAGEM
- HEMOG. C/CONT. PLAQ. OU FCS (ERITROGR., LEUC., PLAQ.)
- SANGUE OCULTO, PESQUISA (NAS FEZES)
- MAMOGRAFIA CONVENCIONAL BILATERAL **OU** MAMOGRAFIA DIGITAL
- PROCED. DIAG. EM CITOPATOLOGIA CÉRVICO-VAGINAL ONCÓTICA

CONSIDERAÇÕES MÉDICAS

Data, assinatura e carimbo médico.