

## Pedido / Remarcação de Consulta Externa

Consulta Externa da Especialidade de \_\_\_\_\_

Data de entrada \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_

Vinheta Identificativa do Doente

Motivo do pedido \_\_\_\_\_

---

---

---

O requerente,

\_\_\_\_\_

### 1. Aceito a justificação.

#### Remarcação

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_:\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_

### 2. Não aceito a justificação.

Deve \_\_\_\_\_

---

---

O Médico,

\_\_\_\_\_