

**ANEXO I**

**TERMO DE AVALIAÇÃO DE SERVIDOR EM SERVIÇO EXTERNO**  
**PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER**

Declaro ter avaliado a paciente \_\_\_\_\_  
no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ referente à sua saúde ginecológica, estando programada  
reavaliação em \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (mês/ano).

Declaro que a supracitada avaliação (  ) identificou (  ) não identificou substrato para  
restrição ao trabalho ou afastamento do mesmo.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Carimbo do(a) Ginecologista Assistente