|  |
| --- |
| ENCAMINHAMENTO ACIDENTADO |

|  |
| --- |
| **Informamos que durante o atendimento do acadêmico da Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário UNIRG, (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, este foi vítima de um acidente ocupacional tipo (definir o tipo de exposição contida no formulário CAO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Solicitamos, por meio da equipe médica que o está atendendo, a realização dos exames necessários e orientação do seu tratamento, se for o caso.**  **Gurupi, To\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **ASSINATURA PROFESSOR RESPONSÁVEL** |