



Ministério da Educação
Instituto Benjamin Constant
Departamento de Estudos e Pesquisas Médicas e de Reabilitação
Divisão de Pesquisa e Atendimento Médico, Odontológico e Nutricional

SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO DE CONSULTA - OFTALMOLOGIA

GRUPO DE ATENDIMENTO		
<input type="checkbox"/> ALUNO	<input type="checkbox"/> REABILITANDO	Nº DA MATRÍCULA:
<input type="checkbox"/> EX-ALUNO	<input type="checkbox"/> EX-REABILITANDO	Nº DA MATRÍCULA:
<input type="checkbox"/> GERAL		
DADOS PESSOAIS		
NOME:		
SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO:	
TELEFONE FIXO:	TELEFONE CELULAR:	
E-MAIL:		
ENDEREÇO:		
CIDADE:	ESTADO:	
OUTRAS INFORMAÇÕES		
POSSUI ALGUMA DOENÇA CRÔNICA?		
UTILIZA ALGUMA MEDICAMENTO?		
TIPO DE ATENDIMENTO		
<input type="checkbox"/> ATENDIMENTO GERAL	<input type="checkbox"/> CIRURGIA DE PTERÍGIO	<input type="checkbox"/> CIRURGIA DE CATARATA
<input type="checkbox"/> OUTRO:		



Ministério da Educação
Instituto Benjamin Constant
Departamento de Estudos e Pesquisas Médicas e de Reabilitação
Divisão de Pesquisa e Atendimento Médico, Odontológico e Nutricional

DATA:

ASSINATURA: