

**Dr. Alderson Luiz Pacheco**

Cirurgião Plástico

*Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*

CRM:15.715

aldersonpacheco@hotmail.com

Sociedade Brasileira de  
Cirurgia Plástica



**CARTA A SER REMETIDA COM AVISO DE RECEBIMENTO MÃOS PRÓPRIAS (A.R.M.P.) PARA CLIENTE FALTOSO.**

(Obs.: paciente que se ausenta do consultório não pode responsabilizar o médico por algum resultado negativo se o seu tratamento ainda dependia de acompanhamento; todavia, é importante para o médico que ele tenha a prova de que tentou contato com seu paciente). Arquivar o **A.R.** junto ao fichário do paciente.

Ilmo.(a) Sr.(a)

.....  
Rua ....., n° .....  
(Cidade) ..... (CEP)..... (Estado).....

Curitiba, .... de ..... de .....

Prezado(a) Senhor(a):

Revisando o controle de acompanhamento da evolução do pós-operatório de V.S., notamos o seu não-comparecimento a este consultório, previsto para o dia ....., do corrente mês, conforme foi devidamente agendado com V.S.

Conforme é do conhecimento de V.S., todas as modalidades de cirurgia requerem um exame cuidadoso da evolução do caso, já que cada pessoa pode ter uma reação orgânica diferente da outra, podendo, por isso, ser necessária uma nova prescrição de medicamentos ou de procedimentos, o que deve ser providenciado em tempo hábil para atingir sempre o melhor resultado.

Receamos que sua ausência possa, de alguma maneira, comprometer o tratamento tão bem iniciado, por tal razão estamos insistindo para que V.S. entre em contato conosco a fim de agendar um novo retorno (consulta).

Atenciosamente,

**Dr. Alderson Luiz Pacheco**  
Cirurgião Plástico

CLÍNICA CAVALCANTI  
Av. Sete de Setembro, 5256  
Batel Curitiba-PR

Fone: 342-7611  
Fax: 243-9318  
Cel: 9994-4852