

ATESTADO MÉDICO

(Resolução CFM nº 1.851/2008)

Nome do Examinado:			
Data de nascimento: ____/____/____	CPF: ____-____-____	Identidade: _____	Sexo: _____
Endereço: _____			
CEP: - -			

DEFICIÊNCIA

CATEGORIA:DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA

1. Diagnóstico: _____

2. CID: _____
3. Resultado dos exames solicitados: _____

4. Resultados dos exames complementares: _____

5. Conduta terapêutica: _____

6. Prognóstico: _____

7. Indique as consequências à saúde do paciente: _____

8. O quadro apresentado é reversível? () Sim () Não. Caso positivo, qual o tempo estimado?

9. A deficiência encontra-se associação de duas ou mais das deficiências previstas no rol do Art. 2º da Lei Municipal nº 6.370/2015?() Sim () Não
10. O deficiente necessita de acompanhante para seu deslocamento?() Sim () Não
11. Observações complementares: _____

Maceió/Al, ____ de _____ de _____.

Carimbo, assinatura e numero de CRM