

ATESTADO MÉDICO

(Resolução CFM nº 1.851/2008)

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

DOENÇAS INCAPACITANTES

CATEGORIA: CARDIOPATIA GRAVE

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 enfermidade é em caráter permanente? () Sim () Não
10. A doença reduz a capacidade funcional do coração a ponto de acarretar alto risco de morte prematura ou incapacitar o indivíduo de exercer definitivamente suas atividades? () Sim () Não
11. O doente incapacitado necessita de acompanhante para seu deslocamento? () Sim () Não
12. Observações complementares: _____

Maceió/Al, ____ de _____ de _____.

Carimbo, assinatura e numero de CRM