

ATESTADO MÉDICO

(Resolução CFM nº 1.851/2008)

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

DEFICIÊNCIA

CATEGORIA: DEFICIÊNCIA FÍSICA

1. Diagnóstico: _____

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

4. Resultados dos exames complementares: _____

5. Conduta terapêutica: _____

6. Prognóstico: _____

7. Indique as conseqüências à saúde do paciente: _____

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

9. A deficiência física possui alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções?
() 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