

## ATESTADO MÉDICO

(Resolução CFM nº 1.851/2008)

<b>Nome do Examinado:</b>			
<b>Data de nascimento:</b> / /	<b>CPF:</b> - - -	<b>Identidade:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Endereço:</b>			
<b>CEP:</b> - -			

### DEFICIÊNCIA

#### CATEGORIA: DEFICIÊNCIA MENTAL:

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. Possui funcionamento intelectual significativamente inferior à média? ( ) Sim ( ) Não
10. A manifestação ocorreu antes dos dezoito anos? ( ) Sim ( ) Não
11. As limitações são associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer, e trabalho? ( ) Sim ( ) Não
12. O deficiente necessita de acompanhante para seu deslocamento? ( ) Sim ( ) Não
13. Observações complementares: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Maceió/AL, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Carimbo, assinatura e numero de CRM