

ATESTADO MÉDICO

(Resolução CFM nº 1.851/2008)

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

DEFICIÊNCIA CATEGORIA:DEFICIÊNCIA VISUAL

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. SIM () NÃO () – Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
10. SIM () NÃO () – A baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
11. SIM () NÃO () – Os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60o;
12. SIM () NÃO () – Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
13. Observações complementares: _____

Maceió/Al, ____ de _____ de _____.

Carimbo, assinatura e numero de CRM