

ATESTADO MÉDICO

(Resolução CFM nº 1.851/2008)

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

DOENÇAS INCAPACITANTES

CATEGORIA:NEOPLASIA MALIGNA

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 doença pertence a grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais, que se disseminam a partir de um sítio anatômico primitivo? () Sim () Não
10. O doente incapacitado necessita de acompanhante para seu deslocamento? () Sim () Não
11. Observações complementares: _____

Maceió/Al, ____ de _____ de _____.

Carimbo, assinatura e numero de CRM