

## 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> _ - _			

### DOENÇAS INCAPACITANTES

#### CATEGORIA: HEPATOPATIA GRAVE

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 doença pertence a grupo de doenças que atingem o fígado de forma primária ou secundária, com evolução aguda ou crônica, ocasionando alteração estrutural extensa e deficiência funcional intensa, progressiva e grave, além da incapacidade laborativa? ( ) 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