

## 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: HEMOFILIA

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. Doença genético-hereditária que se caracteriza por desordem no mecanismo de coagulação do sangue e manifesta-se quase exclusivamente no sexo masculino, podendo ser classificada em três categorias:  
A) - ( ) GRAVE – fator menor que 1%;  
B) - ( ) MODERADA – fator de 1% a 5%;  
C) - ( ) LEVE – fator acima de 5%.
10. Observações complementares: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Maceió/Al, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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