

ATESTADO MÉDICO

(Resolução CFM nº 1.851/2008)

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

DOENÇAS INCAPACITANTES

CATEGORIA: OLIGOFRENIA

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. O doente apresenta perda do teste da realidade e comprometimento do funcionamento mental, social e pessoal? () Sim () Não
10. A doença apresenta parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social? () Sim () Não
11. O doente incapacitado necessita de acompanhante para seu deslocamento? () Sim () Não
12. Observações complementares: _____

Maceió/Al, ____ de _____ de _____.

Carimbo, assinatura e número de CRM