



**Não Preencher uso
interno**

Data Prot.

Prot. nº

Proc. nº

Distribuição: Pessoal

A T E S T A D O

(Base Legal – Resolução CFM 1.851/2008, com destaque para o artigo 3º)

Atesto na forma da Lei, da Resolução do CFM e a pedido do interessado, para fins de sua submissão a obrigatória avaliação pericial médica, que o Sr(a) _____, portador(a) do CPF nº _____ com _____ anos nesta data ____/____/_____, durante as atividades que desenvolvi () no meu consultório ou () na UNIDADE / HOSPITAL _____, foi por mim avaliado(a), com o que pude concluir e seguir:

I- Hipótese(s) Diagnosticada(s)*:

II- Resultado dos Exames Complementares:

III- Conduta Terapêutica:

IV- Prognóstico:

V- Conseqüência à Saúde:

VI- Provável tempo* de repouso estimado necessário para recuperação, em dias:

_____, ____/____/_____.

Carimbo com respectivo conselho e assinatura

Senhor(a) Médico(a): Se necessário, para complementar os dados, pede-se que utilize o verso deste documento, opcionalmente, pede-se um Resumo do Histórico Clínico:

Ciência e autorização do Servidor para emissão deste Atestado:

Assinatura conferindo ciência e autorização do Servidor

* Preferencialmente informar como CID; Tempo de Recuperação pode diferir do tempo de Incapacidade Laborativa. Análise da Justificativa de Falta ao Trabalho e/ou de Incapacidade laborativa, mediante apresentação do competente REQUERIMENTO, será devidamente avaliada pela equipe técnica indicada pela municipalidade, com o que poder-se-á solicitar novos dados técnicos.