



Prefeitura do Município de Piracicaba
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
- Serviço Municipal de Perícias Médicas -

ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA MÉDICA

(Base legal: Resolução do CFM nº 1.851/2008, com destaque para o artigo 3º)

Nº _____

Atesto na forma da LEI, da RESOLUÇÃO DO CFM e a pedido do interessado, para fins de sua submissão à obrigatória avaliação pericial médica, que o (a) Sr(a). _____, portador do CPF/RG nº _____, com _____ anos, nesta data, durante às atividades que desenvolvi () no meu consultório ou () na Unidade/Hospital _____, foi por mim avaliado(a), com o que pude concluir:

I – Hipótese(s) Diagnóstica(s):

II - Resultado dos Exames Complementares:

III - Conduta Terapêutica:

IV – Prognóstico:

V – Consequências à saúde:

VI – Provável tempo* de repouso estimado, necessário para recuperação:

_____, ____ de _____ de 202 ____.

Carimbo e Assinatura do Médico com nº do CRM

Senhor Médico(a): (1) Se necessário, para complementar dados, pede-se que use o verso; 2) Opcionalmente, pede-se um RESUMO DO HISTÓRICO CLÍNICO:

Ciência e Autorização do Servidor para emissão deste ATESTADO MÉDICO:

Assinatura conferindo ciência e autorização do Servidor.

Preferencialmente informar como CID; Tempo de Recuperação pode diferir do 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 do SEMPEM, com o que poder-se-á solicitar novos dados técnicos.