



Prefeitura do Município de Piracicaba
Secretaria Municipal de Administração
Serviço Municipal de Perícias Médicas
- SEMPEM -

ATESTADO ODONTOLÓGICO PARA FINS DE PERÍCIA MÉDICA

Atesto na forma da LEI e a pedido do interessado, para fins de sua submissão à obrigatória avaliação pericial médica, que o(a) Sr(a).: _____ portador(a) do CPF nº _____ e 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 e sugerir:

I - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):

_____;

II - RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

_____;

III - CONDUITA TERAPÊUTICA:

_____;

IV – PROGNÓSTICO:

_____;

V - CONSEQUÊNCIAS À SAÚDE:

_____;

VI - PROVÁVEL TEMPO DE REPOUSO ESTIMADO NECESSÁRIO PARA RECUPERAÇÃO: _____ DIAS.

_____, ____/____/____.

Dentista _____ CRO _____

Senhor(a) Odontólogo(a):

1) Se necessário, para complementar os 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.