

## Relatório Médico

<b>Nome do (a) paciente</b>	
---------------------------------	--

Com relação ao tratamento do paciente *supra*, devem ser consideradas as seguintes constatações:

1. De acordo com a tabela abaixo, o(a) paciente é acometido(a) da(s) seguinte(s) doença(s), registrada(s) sob o(s) respectivo(s) código(s) da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - CID:

Doença	Código CID

2.

<b>É portador(a) de doença mental, deficiência mental, transtorno ou debilidade psíquica?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b>
<b>Explicação detida:</b>	

- Carimbo com assinatura-

3.

<b>O(a) paciente é dependente químico (padece de alcoolismo ou toxicomania)?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sim</b>	<input type="checkbox"/> <b>Não</b>
<b>Explicação detida:</b>		

4.

<b>A(s) doença(s) ou o(s) problema(s) relacionado(s) à saúde que acomete(m) o(a) paciente pode(m) ser considerado(s) permanente(s)?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sim</b>	<input type="checkbox"/> <b>Não</b>
<b>Explicação detida:</b>		

5.

<b>Qual tempo provável de cura do(a) paciente, se submetido(a) a tratamento adequado?</b>
<b>Explicação detida:</b>

- Carimbo com assinatura-

- Sobre a condição do(a) paciente de realizar autonomamente os atos ordinários da vida civil:

<b>O(A) paciente, em razão da doença ou deficiência constatada, possui discernimento e capacidade para:</b>
<b>6. Praticar atos ou negócios jurídicos de cunho patrimonial (por exemplo, compra e venda, doação, locação, financiamentos, empréstimos) ?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>7. Praticar atos jurídicos de cunho pessoal e familiar (por exemplo, casamento, adoção, exercício da autoridade familiar) ?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>8. Administrar e movimentar dinheiro (movimentações financeiras em geral) ?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>9. Caso constatada incapacidade para a vida civil, se possível informar a data em que iniciou e o motivo:</b> Data:                      Motivo:
<b>10. Dirigir veículos ?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>11. Exercer atividades laborativas ?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>12. O(A) paciente, em razão da doença ou deficiência constatada, possui algum comprometimento quanto a sua capacidade de aprendizagem ?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Explicação detida sobre as respostas acima:</b>

- Carimbo com assinatura-



14.

<b>A causa limitativa da exteriorização de vontade do(a) paciente pode ser tida como duradoura ou permanente?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b>
<b>Explicação detida:</b>	

**15. - Considerações adicionais sobre o quadro geral do(a) paciente, com relação ao seu discernimento para a realização dos atos da vida civil e sobre a existência de causas duradouras que lhe impeçam exprimir a sua vontade;**


Belo Horizonte, \_\_/\_\_/20\_\_.

- Carimbo com assinatura-
---------------------------