

SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que:

o(a) Sr(a) _____

recebeu atendimento neste Serviço no dia ____/____/____, e necessita afastamento de suas atividades por ____ dias, a partir de ____/____/____.

Diagnóstico: _____

CID _____

Obs: É vedado ao médico revelar o CID e diagnóstico, salvo se autorizado pelo paciente ou responsável legal, conforme art. 73 do Código de Ética Médica.”

“O atendimento de Emergência não substitui a necessidade do acompanhamento ambulatorial”

Recomenda-se revisão médica com: ☐ Médico da Unidade Sanitária

☐ Médico Assistente

☐ Médico da Empresa

☐ _____

____/____/____
Data

Nome do médico, CRM e assinatura

* Autorizo a divulgação do diagnóstico (CID)

Paciente ou responsável legal