

# RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE:

CPF:

DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS:

DATA DO INÍCIO DA INCAPACIDADE PARA O TRABALHO:

REALIZOU ALGUM EXAME COMPLEMENTAR?      Sim      Não

ESPECIFIQUE EXAMES REALIZADOS E RESULTADO:

QUAL O CID PRINCIPAL DA DOENÇA APRESENTADA?

QUAL O CID SECUNDÁRIO DA DOENÇA APRESENTADA, SE HOUVER?

TEMPO ESTIMADO PARA RECUPERAÇÃO, EM DIAS:

BREVE RELATO DA HISTÓRIA CLÍNICA:

BREVE RELATO DOS ACHADOS NO EXAME FÍSICO:

NOME DO(A) MÉDICO(A):

UF:

LOCAL DE ATENDIMENTO:

CNES:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

TELEFONE:

DATA DE EMISSÃO:

ASSINATURA DO(A) MÉDICO(A)