|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO** |

Declaro que o Sr. (A) **{nome\_paciente}** de **CPF** **nº:** **{cpf\_paciente}.** Compareceu a esta clínica com objetivo de submeter-se a avaliação médica administrativa em virtude do atestado médico data do **{data\_atestado}** em que foi sugerido afastamento pelo período de **{qtd\_dias\_atestado}** dia(s) com [**CID:**](CID:A) **{código\_cid}** emitido (a) pelo (a) Dr. (a) **{nome\_medico}{crm\_\_medico}-{uf\_crm\_medico}**

|  |
| --- |
| **APÓS AVALIAÇAO CLÍNICA, FOI DECIDIDO:**  Afastamento Total:  Afastamento parcial pelo período de:  Negada licença médica por motivo de doença: |
| Caso o paciente não se sinta apto para retornar ao trabalho, deverá retornar ao médico assistente para uma nova avaliação. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Médico do trabalho / Examinador**

**Brasília**, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **PRONTUÁRIO DE PÉRICIA MÉDICA** |
|  |

|  |
| --- |
| **NOME:** {nome\_paciente} |
| **EMPRESA:** {empresa\_paciente} |
| **CID10:** {código\_cid} |
| **DATA DO ATESTADO:** {data\_atestado} | Nº DE DIAS DE AFASTAMENTO: {qtd\_dias\_atestado} |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE FORNECEU O ATESTADO:**  Dr. (a) **{nome\_medico}{crm\_\_medico}-{uf\_crm\_medico}** |

|  |
| --- |
| **APÓS AVALIAÇAO CLÍNICA, FOI DECIDIDO:**  Afastamento Total:  Afastamento parcial pelo período de:  Negada licença médica por motivo de doença: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Médico do trabalho / Examinador**

**Brasília**, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_