



Ministério da Educação  
Universidade Federal de Santa Maria  
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas  
Coordenadoria de Saúde e Qualidade de Vida do Servidor  
**Núcleo de Segurança no Trabalho**

## Requerimento de Informações a(o) Médico(a)-Assistente

Prezado(a) Dr(a).

Tendo em vista seu conhecimento profissional acerca do quadro do(a) paciente, solicita-se o preenchimento das informações a seguir, a fim de subsidiar a possibilidade de realização de atividades de trabalho de forma remota. Ressalta-se a importância de observar o disposto nas Resoluções do Conselho Federal de Medicina no preenchimento deste documento, notadamente a Resolução CFM Nº 2.297/2021, bem como ao Código de Ética Médica, destacadamente aos seguintes artigos:

### Capítulo X – Documentos Médicos

É vedado ao médico:

Art. 80 Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Art. 81 Atestar como forma de obter vantagem.

Art. 91 Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal.

---

Para preenchimento do(a) Médico(a) Assistente:

### ATESTADO

Atesto que o(a) paciente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, CPF/RG \_\_\_\_\_, possui, neste momento, **contraindicação ao trabalho presencial, mesmo seguindo as orientações preconizadas em protocolos de saúde estabelecidos por OMS, Ministério da Saúde e/ou outros órgãos competentes, além da imunização completa**, em virtude de apresentar **patologia(s) grave(s)** e com **elevado risco** para o desenvolvimento de doença grave por coronavírus (COVID-19).

CID-10: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a) Assistente

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Para preenchimento do(a) Servidor(a):

### DECLARAÇÃO

Declaro que as informações supracitadas são verdadeiras e autorizo sua divulgação neste documento, bem como de meu(s) diagnóstico(s).

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Servidor(a)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data