



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 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 **gestação atual** 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 da Servidora:

DECLARAÇÃO

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

_____ / _____ / _____
Assinatura da Servidora

_____ / _____ / _____
Data