

**DADOS DO ATENDIMENTO MÉDICO
NECESSÁRIOS NO LAUDO/ATESTADO MÉDICO**

Unidade de Atendimento: (Ex: santa casa, pronto socorro, hospital e outros)	
Parte(s) do corpo atingida(s)*: (Descrição da região anatômica atingida. Ex: cabeça, ombro, punho, braço e outros)	
Data do Atendimento:	Hora do atendimento:
Houve internação? (sim/não)	Duração provável do tratamento: (xx dias)
Deverá afastar-se do trabalho durante o tratamento: (sim/não)	CID 10: (informar o(s) códigos e nomes da(s) doença(s) ou agravos a CID 10)
Descrição e Natureza da Lesão: (descrever o aspecto e condições da lesão)	
Diagnóstico Provável:	
Nome do Médico:	CRM: