



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR

RELATÓRIO MÉDICO - SAÚDE DO TRABALHO

NOME:			MATRÍCULA:
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	CPF:	TELEFONE / CELULAR:
LOCAL DE TRABALHO:		CARGO:	

Prezado Doutor: _____

O Servidor acima citado, refere ser portador de afecção clínica que necessita de avaliação e acompanhamento médico. Vem sendo investigado e acompanhado no setor de Saúde do Trabalho do Departamento de Promoção à Saúde do Servidor e para adequação de suas funções à sua capacidade funcional necessitamos de informações médicas.

Informamos que, conforme o **Código de Ética Médica Capítulo VII - Relação entre os Médicos: É vedado ao médico: art. nº 54: deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente desde que autorizado por este ou seu representante legal.**

As informações seguem os preceitos de sigilo médico conforme o CEM.

À disposição para esclarecimentos,

MÉDICO SOLICITANTE / DATA

Por gentileza, solicitamos que responda aos questionamentos abaixo:

1. QUAL A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA?

2. CID?

3. QUAL O TIPO E DURAÇÃO DO TRATAMENTO PREVISTO?

4. QUAL A EVOLUÇÃO DO QUADRO?

5. QUESTIONAMENTOS PERTINENTES AO CASO (ESCREVER):

NO CASO DE RESTRIÇÕES TEMPORÁRIAS, QUAL A DURAÇÃO SUGERIDA?

MÉDICO RESPONSÁVEL:	CRM:
---------------------	------

ESPECIALIDADE:

TELEFONE / DADOS PARA CONTATO:

AUTORIZAÇÃO / CIÊNCIA DO SERVIDOR:	DATA DA AVALIAÇÃO:
------------------------------------	--------------------