



SOLICITAÇÃO DO PREENCHIMENTO DO ATESTADO MÉDICO DA C. A. T.

Prezado(a) Dr.(a) _____

O(A) paciente _____

que encontra-se sob seus cuidados, necessita do **preenchimento do Atestado Médico da Comunicação de Acidente de Trabalho**. Este procedimento **deve ser realizado na suspeita de uma doença ocupacional**, e é indispensável para que o paciente tenha acesso aos benefícios previdenciários previstos em lei. **O nexó causal** entre a doença e o trabalho, para fins previdenciários, **será feito pela Perícia do INSS**, segundo a legislação vigente.

Sendo o(a) senhor(a) o(a) médico(a) assistente deste caso, solicitamos o preenchimento do referido laudo, conforme previsto pelas Leis no 8.213 de 24/07/91 (Lei Orgânica da Previdência Social; Regulamento dos Benefícios da previdência Social (decreto 2.172 de 05/03/97); Lei Estadual 9.505 de 11/03/97; Resolução SS-60 de 17/02/92 da Secretaria de Estado da Saúde; Resolução **CREMESP** no 76/96; Resolução **CFM** 1488/98 de 11/02/98; **C.L.T.** Capítulo **V** artigo 169 (Ministério do Trabalho).

O não preenchimento desse formulário, implicará em impedimento do paciente aos benefícios previdenciários que lhes são de direito e deixará o médico responsável exposto a processos éticos e civis.

Atenciosamente,

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Campinas, _____ de _____, _____.