



**Prefeitura Municipal de Campinas**

**Secretaria Municipal de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas**

**Departamento de Promoção à Saúde do Servidor (DPSS)**

**Coordenadoria de Saúde Ocupacional / Relações do Trabalho e Acompanhamento Social do Servidor**

**RELATÓRIO MÉDICO - SAÚDE DO TRABALHO**

**Identificação do(a) Servidor(a)/Candidato(a)/Paciente**

|                    |                    |            |
|--------------------|--------------------|------------|
| Nome:              | Idade              | Matrícula: |
| CPF:               | Telefone / Celular |            |
| Local de trabalho: | Cargo              |            |

**Prezado Doutor (nome da especialidade):** \_\_\_\_\_.

O(A) servidor(a) / candidato(a) acima identificado(a), refere ser portador(a) e/ou possuir indícios de afecção clínica que necessita de avaliação e conduta médica assistencial. Está sendo acompanhado(a) pelo Departamento de Promoção à Saúde do Servidor (DPSS) e necessitamos de informações médicas complementares conforme abaixo relacionadas. Informamos que, conforme o Código de Ética Médica (CEM) Capítulo VII - Relação entre os Médicos: **É vedado ao médico: "Art. 54: deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal"**. As informações seguem os preceitos de sigilo médico conforme o CEM.

À disposição para esclarecimentos,

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e carimbo do médico do DPSS / Data**

1) Qual o diagnóstico ou hipótese? \_\_\_\_\_

2) Qual(is) o(s) CID(s) correspondente(s)? \_\_\_\_\_

3) Tratamentos (incluindo nome e dosagem das medicações; (há quanto tempo de uso e histórico medicamentoso): \_\_\_\_\_

4) Tipo e duração do tratamento previsto? \_\_\_\_\_

5) Evolução do quadro / prognóstico: \_\_\_\_\_

6) Há alguma restrição/ adaptação ocupacional e/ou para a vida diária sugerida para este paciente?

Responder SIM ou NÃO em texto corrido: \_\_\_\_\_. **Se SIM, descrever qual(is) e o tempo de duração:** \_\_\_\_\_

**Observação: Cabe ao médico deste Departamento (DPSS) a avaliação e a decisão referente ao item 6.**

***Eu, servidor(a)/candidato(a) ou representante legal do acima descrito autorizo a divulgação do CID e das informações descritas neste relatório médico para os devidos fins.***

**Data:** \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Identificação e assinatura do(a) servidor(a)/candidato(a) ou representante legal

Nome representante legal:

C.P.F. - Representante legal: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL ASSISTENTE (OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODAS AS INFORMAÇÕES PARA QUE O RELATÓRIO SEJA ANALISADO )**

Identificação médica / profissional assistente responsável com

**(1) assinatura, (2) carimbo com nome e número de identificação no Conselho e (3) data do preenchimento.**

Especialidade

Telefone / Contato