



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

UNIDADE DE ATENDIMENTO _____

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE ACIDENTES E DOENÇAS
RELACIONADAS AO TRABALHO

A T E S T A D O M É D I C O

Nome da empresa empregadora		
Nome do Acidentado	Nº do registro	Data do acidente ____/____/____
53 - Unidade de atendimento Médico	54 - Data ____/____/____	55 - Hora ____:____
56 - houve internação <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	57 - Duração provável do tratamento Dias	58 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
59 - Descrição e natureza da lesão		
60 - Diagnóstico provável		61 - CID 10 ____ ____ ____.
62 - Observações		

São Paulo, ____/____/200__

Local e data

Assinatura e carimbo do médico com CRM

O paciente a que se refere o documento acima foi atendido com história de acidente ou doença relacionada com o trabalho.