**ATESTADO MÉDICO**

**Seção 1: Identificação do Paciente**

* Nome Completo:
* Data de Nascimento:
* Endereço:
* Informações de Contato (Telefone e/ou Email):
* Número de Identificação (RG):
* Número do Cadastro de Pessoa Física (CPF):
* Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS ou Cartão SUS):

**Seção 2: Histórico Médico Relevante**

* Resumo das condições médicas pregressas relevantes, alergias e tratamentos anteriores.

**Seção 3: Condição Médica Atual**

* Data da Consulta/Atendimento Atual:
* Sintomas Apresentados:
* Resultados do Exame Físico e Investigações Relevantes (exames complementares, resultados de imagem etc.):
* Diagnóstico Primário (Incluir o Código Internacional de Doenças - CID, seguido de uma breve explicação sobre sua finalidade):

**Seção 4: Serviço de Saúde Solicitado**

* Nome específico do tratamento, medicamento, procedimento ou serviço de saúde que está sendo solicitado.
* É indispensável apresentar o número de regulação que comprove a colocação no Sistema do UNISUS/ CRIFOR/ CIRF/ CRESUS

**Seção 5: Justificativa da Necessidade Médica**

* Descrição detalhada, fundamentada nos achados clínicos e em evidências médicas, de porque o serviço de saúde solicitado é medicamente necessário para a condição atual do paciente.

**Seção 6: Insuficiência de Alternativas no Sistema Único de Saúde (SUS)**

* Informação sobre se o paciente recebeu ou tentou tratamentos ou serviços alternativos através do SUS.
* Justificativa clara e detalhada de porque essas alternativas são inadequadas ou insuficientes para atender às necessidades médicas específicas do paciente e alcançar os resultados de saúde desejados.

**Seção 7: Prognóstico Sem o Serviço Solicitado**

* Descrição das potenciais consequências negativas para a saúde do paciente, prognóstico, qualidade de vida ou capacidade funcional caso o serviço de saúde não seja fornecido em tempo hábil.
* O caráter de urgência deve ser apontado por escrito

**Seção 8: Informações do Médico Emissor**

* Nome Completo:
* Número de Registro Profissional (CRM-DF):
* Especialidade:
* Informações de Contato (Telefone e/ou Email):
* Assinatura:

**Seção 9: Data e Local de Emissão**

* Data:
* Local (Nome da UPA, Brasília, DF):

**MOLDE DE ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE JUDICIALIZAÇÃO (Arquivo .DOCX)**

Atesto, para os devidos fins de instrução em processo judicial visando garantir o acesso a serviço de saúde, que o(a) paciente **[Nome Completo do Paciente]**, nascido(a) em **[Data de Nascimento]**, residente em **[Endereço Completo]**, portador(a) do RG **[Número do RG]** e CPF **[Número do CPF]**, inscrito(a) no Cartão Nacional de Saúde (SUS) sob o nº **[Número do CNS/Cartão SUS]**, encontra-se sob meus cuidados médicos nesta unidade de saúde.

O(A) paciente possui histórico médico relevante de **[Descrever brevemente as condições médicas pregressas, alergias e tratamentos anteriores relevantes]**.

Em avaliação realizada em **[Data da Consulta/Atendimento Atual]**, o(a) paciente apresentou **[Descrever os Sintomas Apresentados]**. Ao exame físico e por meio de investigações complementares (**[Listar Resultados de Exame Físico e Investigações Relevantes - ex: laboratoriais, imagem, pareceres, etc.]**), constatou-se o(s) diagnóstico(s) de **[Digitar o(s) Diagnóstico(s) Primário(s)]** (CID: **[Digitar o CID principal]** - **[Opcional: Breve explicação da finalidade/significado do CID]**).

Diante do quadro clínico, torna-se indispensável a realização de **[Nomear especificamente o tratamento, medicamento, procedimento ou serviço de saúde solicitado]**. Informo que foi realizada a solicitação de regulação para o referido serviço através do sistema **[Nome do Sistema de Regulação: Ex: CROSS, SISREG, UNISUS, etc.]**, sob o número **[Número de registro/protocolo da regulação, se houver]**, encontrando-se atualmente **[Descrever o status da regulação: ex: aguardando vaga, sem previsão, indisponível no sistema, etc.]**.

A necessidade do serviço solicitado se justifica clinicamente pois **[Descrever detalhadamente, com base nos achados clínicos e evidências, por que o serviço é medicamente necessário e insubstituível para a condição atual do paciente. Explicar o benefício esperado.]**.

Foram consideradas as alternativas terapêuticas disponíveis nesta unidade/rede SUS, como **[Informar se o paciente recebeu/tentou tratamentos/serviços alternativos pelo SUS e quais foram]**. No entanto, tais alternativas mostram-se inadequadas ou insuficientes para o quadro atual do(a) paciente devido a **[Justificar claramente por que as alternativas do SUS são inadequadas ou insuficientes para as necessidades do paciente e para alcançar os resultados esperados]**.

Ressalto que a não realização do **[Repetir o Serviço Solicitado]** em tempo hábil implica em risco significativo de **[Descrever as potenciais consequências negativas para a saúde do paciente: ex: piora do quadro, progressão da doença, perda de função, aumento da morbimortalidade, redução da qualidade de vida, etc.]**. **[Se aplicável, adicionar: O caráter da presente solicitação é de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA devido a...]**.

Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras e baseadas na avaliação clínica e/ou nos registros do prontuário do(a) paciente.

**[Local (Cidade, Estado)]**, **[Data de Emissão]**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **[Seu Nome Completo]** Médico(a) - CRM- **[Seu CRM]** / **[UF]** **[Sua Especialidade, se relevante]** **[Opcional: Seu Telefone e/ou Email para Contato Profissional]** **[Nome da Instituição/UPA/Hospital]**