



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
FACULDADE DE DIREITO**

**HENRIQUE JOSÉ OLIVEIRA FILHO**

**AS INCONSISTÊNCIAS DA ELABORAÇÃO DO ATESTADO/RELATÓRIO  
MÉDICO: ANÁLISE DAS CONSEQUÊNCIAS À LUZ DO DIREITO CIVIL  
BRASILEIRO**

**Salvador**

**2023/2**

**HENRIQUE JOSÉ OLIVEIRA FILHO**

**AS INCONSISTÊNCIAS DA ELABORAÇÃO DO ATESTADO/RELATÓRIO  
MÉDICO: ANÁLISE DAS CONSEQUÊNCIAS À LUZ DO DIREITO CIVIL  
BRASILEIRO**

Artigo apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Universidade Católica do Salvador.

Orientador: Prof. Ms. Carlos Alberto José Barbosa Coutinho

Salvador

2023/2

## **AS INCONSISTÊNCIAS DA ELABORAÇÃO DO ATESTADO/RELATÓRIO MÉDICO: ANÁLISE DAS CONSEQUÊNCIAS À LUZ DO DIREITO CIVIL BRASILEIRO**

Henrique José oliveira Filho<sup>1</sup>

Prof. Ms. Carlos Alberto José Barbosa Coutinho<sup>2</sup>

**RESUMO:** O presente artigo tem como objetivo avaliar possíveis incompatibilidades e incongruências do Atestado / Relatório Médico na avaliação da prova presentes na no Código Civil Brasileiro, com o ordenamento jurídico (mormente no que se refere aos princípios constitucionais e processuais constitucionais). Em primeiro plano, cumpre explorar, em síntese, os conceitos iniciais da prova e sua natureza jurídica e sua aplicação na seara cível. Aprofundar os estudos sobre o tema se refere à elaboração dos referidos documentos, sua confecção, seu poder e sua limitação como meio documental para fins securitários. Por fim, com vistas a contextualizar a controvérsia dos referidos documentos que permeiam a aplicação no dia a dia na dispensa para o trabalho e na conduta diagnóstico, prognóstico do tratamento médico, relação do afastamento do trabalho por incapacidade laboral, trazer à baila o estudo e a pesquisa documental, através de análise técnica e seus recursos inerentes, que versam sobre o cômputo, em períodos de gozo de benefício por incapacidade e suas consequências para segurados e autarquia previdenciária. O estudo que segue foi construído tomando como base livros, legislação vigente, Código de Ética Médica (CEM), Classificação Internacional de Doenças (CID-10), em casos que têm o mesmo tema como objeto.

**Palavras-chave:** Atestado / Relatório Médico. A Prova no Processo Civil. Elaboração de documentos médico-Legais.

**SUMÁRIO:** 1. INTRODUÇÃO. 2 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O ATESTADO/ RELATÓRIO MÉDICO. 2.1 HIERARQUIA ENTRE OS ATESTADOS EMITIDOS PELOS OS MÉDICOS. 3 ESTRUTURA DO ATESTADO/ RELATÓRIO MÉDICO. AS CONSEQUÊNCIAS DAS INCONSISTÊNCIAS À LUZ DO DIREITO BRASILEIRO. 4 ANÁLISE DE DECISÕES JUDICIAIS. 5 SUGESTÕES PARA A ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO/ ATESTADO. CONSIDERAÇÕES FINAS. REFERÊNCIAS.

---

<sup>1</sup>Graduando do Curso de Direito da Universidade Católica do Salvador. E-mail: Henrique.filho@ucsal.edu.br

<sup>2</sup> Mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, Pós-Graduado em Processo Civil pela JusPodium, Bacharel em Direito pela Universidade Católica do Salvador – UCSAL, Professor de Direito da Universidade Católica do Salvador. E- mail: carlos.coutinho@pro.ucsal.br.

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem o objetivo de contribuir para o melhoramento da emissão dos atestados médicos / relatórios médicos, evitar demandas desnecessárias e querelas judiciais. Muito embora, aparente ter um tema simples, impende deixar claro, que essa pesquisa não esgota o tema, devido a sua complexidade.

O Atestado / Relatório Médico são documentos médicos legais, que por sua natureza tem fé de ofício devido ter presunção de verdade, porém é *iuris tantum*, i.e., pode ser contestado como prova. O atestado e o relatório médico são documentos distintos na forma e finalidade, embora tenham algumas semelhanças, por uma questão de didática dividimos o tema e falaremos primeiro sobre o Atestado Médico.

Em síntese, existe uma necessidade de se aprimorar a elaboração de documentos médicos legais, *in casu*, o Atestado / Relatório Médico, para poder informar exatamente os fatos daquilo que o profissional examinou, a registrar para si, para o paciente e terceiros que necessitem daquela informação em conformidade com a ética médica e a legislação vigente.

Trata-se, portanto, mais do que um documento médico, mas, também, como documento jurídico que, por sua vez, produz efeitos nas relações jurídicas, bem como no âmbito processual, tendo em vista ao seu caráter probatório e um dos elementos para a convicção do magistrado.

Diante da importância dos referidos documentos e seus entrelaçamentos com o estado da saúde de um paciente, os mesmos podem oferecer inconsistências que podem repercutir na seara cível, mesmo que ainda haja discussões em outras áreas, como é o caso do Direito Penal.

Logo, o presente trabalho visa responder a seguinte pergunta de pesquisa: a partir de uma análise jurídica, quais as consequências à luz do Direito Civil Brasileiro sobre as inconsistências da elaboração do atestado/ relatório médico?

O estudo tem como base a pesquisa bibliográfica através de livros e artigos sobre o tema, a interpretação normativa sobre a confecção do relatório/atestado médico, análise de dispositivos do Código Civil de 2002, bem como o estudo de decisões judiciais.

## 2 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O ATESTADO/ RELATÓRIO MÉDICO

O primeiro ponto a ser considerado para o estudo em questão é conceituar o que é o documento médico; “o termo “documento” é qualquer registro de informações, independente do formato, ou suporte utilizado para registrá-las, conforme disposição legal (art.4º, inciso II, da Lei n. 12.527/2011”:

“a art. 4º para efeitos desta lei, considera-se; : I – informação: dados , processados ou não que podem ser utilizados para produção e transmissão de conhecimento, contidos em qualquer meio, suporte ou formato; II – documento: unidade de registro de informações, qualquer que seja o suporte ou formato.” (SOUZA e PUY, 2021, p. 34).

No tocante ao atestado médico (AM). Trata-se de “ [...] documentos mais elementares e resumem-se na ‘declaração pura e simples, por escrito, de um fato médico e suas consequências” (LIMA apud FRANÇA, ano 2001, p. 15). Pode-se inserir também que “Atestado é diferente da declaração. No atestado quem o firma, por ter fé de ofício, prova, reprovava ou comprova. Na declaração exige-se apenas o relato”. (FRANÇA, ano 2001,p. 14). A na mesma esteira enriquecendo mais o conceito de AM “**Atestado Médico (ou certificado):**

“é um instrumento escrito, isto é, afirmação simples de um fato médico e suas consequências, para fins de providências administrativas, jurídicas ou oficiosas relacionadas com o paciente. A principal finalidade deste documento é demonstrar um estado mórbido atual ou anterior para diversos fins, como também constatar a higidez física do paciente. Esse documento não exige compromisso legal, porém deve conter sempre a verdade. São chamados de proscritos os atestados de favor” (BUONO, 2020, p.17).”

Já o relatório médico, que também é um documento médico-legal de relevada importância, tem a finalidade assistencial, auditoria, administrativa ou pericial e tem a finalidade de informar as condições do paciente.

O relatório médico também chamado de laudo: “Relatório ou Laudo; instrumento escrito, elaborado por perito nomeado e compromissado no qual consta, conforme definição de Tourdes, “da descrição de um fato médico e de suas consequências, requisitado por autoridade competente” (TURDES apud BUONO, 2020, p.16).

No caso do relatório do médico assistente poderá sugerir o provável tempo para o tratamento, o que não se deve confundir esse período com o tempo de atestado médico de afastamento. O médico tem obrigação de meios e não de resultado, por

isso que o prognóstico a previsão do tempo é estimado, existe o princípio da imprevisibilidade da resposta biológica, i.e., cada paciente reage à sua maneira, as vezes duas pessoas são submetidas ao mesmo tratamento e tendo resultados diversos.

Segundo (CARDOSO, p.211) Apud Maria Helena Diniz assim as distingue:

‘a obrigação de meio é aquela em que o devedor se obriga tão-somente a usar de prudência e diligencia normais na prestação de certo serviço para atingir o resultado, sem, contudo, se vincular a obtê-lo. Infere-se daí que sua prestação não consiste num resultado certo e determinado a ser conseguido pelo obrigado, mas tão-somente numa atividade prudente e diligente deste em benefício do credor. Seu conteúdo é a própria atividade do devedor, ou seja, os meios tendentes a produzir o escopo almejado, de maneira que a inexecução da obrigação se caracteriza pela omissão do devedor em tomar certas precauções, sem se cogitar do resultado final.’

## 2.1 HIERARQUIA ENTRE OS ATESTADOS EMITIDOS PELOS OS MÉDICOS

Considerando que o médico assistente, é o profissional que trata diretamente da doença do paciente, literalmente é o médico do paciente, da livre escolha do paciente da confiança do paciente, o médico do trabalho contratado pela empresa, é quem promove a saúde do trabalhador no ambiente do trabalho, este é quem mais conhece a empresa e a estação de trabalho e determina as áreas de riscos, insalubres, a ergonomia, é quem determina se o empregado está apto ou inapto para a função exercida na empresa e o médico perito previdenciário com a sua expertise, com as informações fundamentadas do médico assistente e do médico do trabalho, com exame pericial, os relatórios médicos, atestados médicos e os exames subsidiários pelo periciando trazidos no momento pericial faz a sua avaliação pericial e determina a incapacidade laboral ou do segurado previdenciário.

O médico assistente determina alta ou não, o médico do trabalho diz apto ou não, o médico previdenciário diz capaz ou incapaz para o trabalho baseado na doença e o esforço exercido para realizar a função laboral. Neste passo fica claro que não existe hierarquia entre estes médicos e sim as funções que exercem. O médico perito previdenciário é regido pela Lei n. 11.907/2009, preleciona (Mendanha, 2012, p.24): “goza de uma posição hierárquica privilegiada em nosso ordenamento jurídico, uma

vez que se classifica como lei Federal Ordinária, enquanto a NR-7 foi editada por portaria do MTE n.24/1994. Sendo assim deve prevalecer a Lei n.11.907/2009.”

Na mesma toada a Súmula 15 do TST:

“A justificação da ausência do empregado motivada por doença, para a percepção do salário-enfermidade e da remuneração do repouso semanal, deve observar a ordem preferencial dos atestados médicos, estabelecida em lei”.

Em suma, essa Súmula diz que deve ser obedecida primeiro a decisão do Médico Perito do INSS, para só depois a decisão do Médico do trabalho/ Médico Examinador. (MENDANHA, 2012).

### **3. ESTRUTURA DO RELATÓRIO/ ATESTADO MÉDICO**

Após as considerações sobre cada documento, ou seja, atestado e relatório médico, cabe tecer considerações sobre a estrutura de cada um, individualmente. Primeiramente, o relatório Médico deve conter: (a) A história clínica do paciente – iniciando pela anamnese que o relato de memória do início dos sintomas a Data de Início da Doença (DID); (b) Os antecedentes médicos – as enfermidades que já foi acometido, iniciando na infância e aos tratamentos que fora submetido; (c) Antecedentes familiares – aqui será relatado a história das doenças dos familiares, e das possíveis causa *mortis* deles, isto é, como adoeceram e até como morreram e se apresentam a mesma doença na família, tais como, hipertensão, diabetes *mellitus*, cardiopatias, etc.; (d) O exame físico segmentar – é o exame realizado da cabeça, pescoço, tórax e abdome e membros inferiores; (e) Exames complementares – também exames denominados de exames subsidiários, pois auxiliam no diagnóstico e prognóstico no curso do tratamento da doença; (f) O tratamento instituído – é o tratamento proposto atual, ou seja, o que o paciente está usando de medicação e conduta médica; (g) Estado atual da evolução da doença – é o estado evolutivo da doença em resposta ao tratamento que o paciente está sendo submetido; (h) Tempo provável do tratamento – tempo provável que o paciente está sendo submetido e a proposta de alta médica pela cura ou compensação da doença; (i) Os medicamentos ministrados ao paciente – os medicamentos que o paciente usou ou está em uso na história atual do tratamento; (j) O prognóstico da evolução do quadro clínico – o tempo provável do curso do tratamento até a cura ou compensação do quadro clínico.

Após as considerações iniciais acima, cabe também, de forma segmentar, discriminar cada parte do Atestado Médico (AM). Conforme Instrução Normativa do Conselho Federal de Medicina nº CFM 1.658/2002 alterada pela Resolução CFM n. 1851/2008, a prática pericial, o mesmo deve conter: (a) Cabeçalho: que é a identificação do local que foi emitido o AM, deve constar, o nome da clínica, consultório, nosocômio com o endereço completo, inclusive e-mail, o CEP e o Telefone comercial; (b) corpo: deve constar a motivação do atestado médico, isto é, a que fim específico de destina com a devida identificação do paciente, documentos que contenham fotos, tais como o RG com data de expedição o Estado que emitiu, a CNH, a CTPS, dar-se-á preferência a documentos com foto ou a impressão digital. A data do início do afastamento, i.e., deve coincidir com o primeiro dia que vigora o afastamento do trabalho, a comprovar a incapacidade laboral para fins de dispensa do trabalho e a quantidade de dias de afastamento e a CID que é opcional, em caso de colocar, deve ter a anuência do paciente registrado a permissão no AM e também registrar no prontuário do paciente segundo o art. 2º da Resolução CFM 1.658/2002 ( c) Data de Emissão: deve estar determinado no AM com clareza, descrita no corpo do atestado a partir desta data e nunca ser confundida com a data que o atestado foi emitido, que deve ser a Data do Início da Incapacidade (DII) para o trabalho, as vezes a data vem impressa pelo sistema no rodapé do documento e pode não ser a data do afastamento do trabalho e sim o dia que o AM foi emitido no sistema.

É muito frequente o AM com 15 dias de afastamento sem mencionar a partir de que data. Só para aclarar: o paciente foi internado no dia 15 operou no dia 18 e teve alta dia 20, no atestado deve conter “paciente internou no dia 15 e foi operado dia 18 e teve alta médico-hospitalar dia 20, solicito 15 dias de afastamento do trabalho a partir do dia 15.

Vale destacar que data do início do afastamento deve sempre coincidir com a Data do Início da Incapacidade (DII) laboral. Por exemplo: se uma pessoa é atropelada em via pública no dia 10/03/2023, sofre fratura na tíbia esquerda, é conduzido para a UPA, passa 05 (cinco) dias internado esperando a regulação, depois é transferido para o hospital, lá é operado dia 15/03/2023, tem alta hospitalar em 18/03/2023, depois de 03 (três) dias. O atestado médico de 15 (quinze) dias, deve ser emitido com no dia do acidente 10/03/2023, que foi o dia do atropelamento, o dia 25/03/2023, é o



a data que encerra o (AT), como foi uma fratura da tíbia a consolidação óssea demorará mais que 15 (quinze) dias, como a enfermidade para consolidar a fratura da tíbia vai demorar mais de 15 dias, o médico assistente envia um relatório para a empresa, relatando o fato com o diagnóstico, tratamento e prognóstico da doença em curso, para a empresa encaminhar o paciente (segurado) para a perícia na Previdência Social.

Tome-se outro exemplo, o paciente admitido em nosocômio para um procedimento cirúrgico, passa mais de 15 (quinze) dias internado, recebe a alta médica, ainda em recuperação da saúde e incapacitado laboral, o médico deve emitir relatório para a empresa na qual o paciente está empregado, relatando a data do internamento, o AM de 15 dias, o tratamento efetuado, o diagnóstico, o prognóstico com o tempo provável de tratamento para a recuperação da saúde, que a empresa o encaminhe para a previdência social, que definirá o tempo provável do afastamento do trabalho sendo superior a 15 dias de afastamento. Vale destacar, que no AM só deverá constar afastamento até quinze dias, pois a Previdência social assegura aos seus segurados, quando a doença causar incapacidade laboral depois de 15 dias de afastamento do trabalho.

Decreto nº 89.312, de 23 de janeiro de 1984, *in verbis*:

*(omissis)*

“Art. 27. Durante os primeiros 15 (quinze) dias de afastamento da atividade por motivo de doença, incumbe à empresa pagar ao segurado o seu salário.  
*Parágrafo único.* A empresa que dispõe de serviço médico próprio ou em convênio tem a seu cargo o exame médico e o abono das faltas correspondentes a esse período, somente encaminhando o segurado à perícia médica da previdência social urbana quando a incapacidade ultrapassa 15 (quinze) dias”.  
(...).

Verificando-se a Lei nº 8.213/1991, que legitima a concessão de auxílio-doença determina em seu art. 59, transcrito *in verbis*:

“O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigida nesta Lei, fica incapacitado para o seu trabalho ou para sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos”.

Resolução do CFM N.1190/884 revogada pela Resolução CFM N.1219/1985, transcrito *ipsis litteris*:

(...).

“CONSIDERANDO que a legislação distingue entre o procedimento a ser seguido quanto aos primeiros 15 (quinze) dias de falta ao trabalho e o período posterior quando então é necessário a perícia”.

(...).

CONSIDERANDO o que foi decidido na reunião plenária do dia 31 de agosto de 1984;

**RESOLVE:**

1 — Não comete infração ética o médico que por solicitação do seu paciente, forneça um atestado médico com diagnóstico codificado ou não.

2 — Nesse atestado deve constar a expressa concordância do paciente.

3 — Esse atestado não constitui laudo de perícia médica.

(...)

Preleciona o Pinheiro (2015, p.50) no seu livro:

“A lei 8.213 (art. 60, §4º) permite que “a empresa que dispuser de serviço médico, próprio ou em convênio, terá a seu cargo o exame médico e o abono das faltas correspondentes ao período dos primeiros 15 dias, somente devendo encaminhar o segurado à perícia médica da Previdência Social quando a incapacidade laboral ultrapassar 15 (quinze) dias”.

Ainda de acordo com o referido autor:

“O médico assistente não tem competência para afastar trabalhador por período superior a 15 dias. O afastamento por período superior a 15 dias é de competência exclusiva do perito da Previdência Social. Após 16 dia de afastamento, o trabalhador deve retornar ao trabalho ou, caso persista a incapacidade, dirigir-se ao posto da previdência da sua cidade e apresentar pedido para realização da perícia previdenciária. Tal solução pode ser realizada, também, por telefone ou internet (Portaria MPAS 3.372 de 09/10/84)” (PINHEIRO, 2015,p.50)

A assinatura no AM, pode ser efetuada com caneta de preferência a cor da tinta azul, para distinguir de fotocópia, apor assinatura acima do carimbo do médico. Vale lembrar que o profissional nunca deve assinar em cima do carimbo, para não rasurar o carimbo e danificar a prova.

Em destaque, a assinatura eletrônica certificada. O AM pode conter assinatura eletrônica certificada pelo CFM ou por empresa particular credenciada. Transcrito *ipsis litteris*: “Parecer BA n. 9/2014: Atestado de Saúde Ocupacional-ASO com assinatura digital mediante certificado ICP-Brasil deve ser acatado, não se podendo exigir assinatura manuscrita e/ou carimbo para convalidá-lo” (SOUZA. p.71). Atualmente, o Conselho Federal de Medicina certificou a assinatura eletrônica a todos os médicos inscritos nos seus Regionais. Importa saber, que o Atestado de Óbito o uso do carimbo

é dispensável, segundo o Parecer CRM/BA 52/2008. O médico deve assinar por extenso o nome completo, de forma legível e apor o número do registro do Regional.

Outros elementos ainda são pertinentes ao AM. Insere-se também: (d) carimbo no AM: é facultado o carimbo no AM, desde que o profissional assine de maneira legível e com o número do regional que está inscrito. Não raro encontrar carimbos do profissional com o número do registro, mas sem a unidade da federação do Regional que está registrado.

Em caso de possuir mais de uma especialidade registrada no Regional, o médico só deve divulgar no máximo duas, com o respectivo RQE. Observação: o carimbo deve estar em bom estado de conservação de forma legível, entintado e assinar ao lado do carimbo, nunca se deve riscar ou rasurar o carimbo, porque pode inutilizar o AM.

Segundo transcrito de (SOUZA, p.69): *“O parecer do CFM n. 40/2019: 3) O uso do carimbo não constitui requisito de validade do documento médico emitido, sendo, portanto, opcional se o emissor estiver identificado com CRM e assinatura”*. Em caso de possuir mais de uma especialidade registrada no Regional, o médico só deve divulgar no máximo duas, com o respectivo RQE, vide Resolução CFM 2.220/2018 que normatiza as especialidades que possuem RQE.

Fulcrado no art. 117 do CEM: É vedado ao médico:

*“Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, seu nome, seu número no Conselho Regional de Medicina, com o estado da Federação no qual foi inscrito e Registro de qualificação de especialista quando anunciar a especialidade.”*

A Resolução CFM n. 1634/2002:

*“O médico só pode declarar vinculação com especialidade ou área de atuação quando for possuidor de título (prova de títulos – AMB) ou certificado a ele correspondente (Residência Médica – CNRM), devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina.”*

Importa saber o Parecer CFM n. 21/2010, que preleciona:

*“O médico devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina está apto ao exercício legal da medicina, em qualquer de seus ramos; no entanto, só é lícito o anúncio de especialidade médica àquele que registrou seu título de especialista no Conselho.”*

Ainda se tem destaque para o AM de comparecimento. Só para complementar, faremos alusão de quando se deve ser emitido o AM de comparecimento. Como este atestado não é atestado de dispensa ao trabalho, sendo os legitimados para emitir este documento que podem ser: o médico que atendeu o paciente, empregado que trabalha na recepção no atendimento ao público e deve-se constar a entrada e a saída do paciente do ambiente médico. Vale lembrar, que o empregado deve ter previamente combinado com o seu chefe e informando que o empregado irá ao médico no dia e hora, a empresa pode abonar o dia. Salvo nos casos de urgência ou emergência médica, dispensa a comunicação prévia do empregado ao setor e ele deve trazer o AM de dispensa ao trabalho.

#### **4 AS CONSEQUÊNCIAS DAS INCONSISTÊNCIAS À LUZ DO DIREITO CIVIL BRASILEIRO.**

##### **4.1 AS INCONSISTÊNCIAS FREQUENTES NA CONFECÇÃO DE AM/RM**

Para compreender as questões jurídica à luz do Direito Civil Brasileiro sobre o relatório/ atestado médico, convém relatar s principais inconsistências na confecção do relatório e atestado médico. São eles: (a) Atestados com mais de 15 dias de afastamento, v.g., atesto 60 dias de afastamento do trabalho: O médico ou odontólogo só deve atestar até 15 dias, porque os primeiros 15 dias a empresa paga, a partir do 16º dia é a previdência social é quem paga ao segurado os dias não trabalhados mediante perícia médica, sendo autônomo e segurado da previdência e cumpridas as carências ela pagará no primeiro dia que foi constatado a incapacidade laboral; ( b) Depois de 15 dias de internamento, v.g., emitir mais atestado médico de afastamento do trabalho - O paciente após 15 dias de internamento quando o médico assinar a alta deve emitir um relatório constando a Data do Início da Doença (DII), a data do internamento, a data da alta e o tratamento efetuado, o prognóstico. E constar no prontuário que emitiu o relatório, nos prontuários eletrônicos uma cópia fica registrada em prontuário; (c) Sem a data precisa do procedimento realizado, v.g., operada há 27 dias - A importância da data, ela tem que ser precisa, não é mera formalidade e sim devido envolver pagamento, na data do internamento hospitalar e nem sempre coincide com o dia da cirurgia, a empresa para os primeiros 15 dias de afastamento laboral, a previdência após 16º dia da incapacidade laboral, inicia-se o pagamento e perdurará pelo tempo necessário para recuperação da capacidade laboral: (d) Sem

definir a data precisa do afastamento do trabalho no corpo do AM; médico - Faz-se necessário, que o médico assistente relate a data exata do afastamento do trabalho.

É muito frequente o profissional registrar o pedido de afastamento do trabalho no AT e não apor a data do início do afastamento e a baixo firma ao documento, dando a entender que a data do atestado seja considerada o dia do afastamento. Bom lembrar que são datas distintas, mas podem até coincidir, mas deve discriminar cada, i.e., a data do início do afastamento do trabalho e a data que firma o AT. É bom lembrar que no atestado podem existir várias datas distintas, v.g. a data que é emitido o documento é data e hora do sistema computador (10:20; 15:00; 14:20:30) como a linguagem de computador é na língua inglesa, e não na língua portuguesa. A data deve ser escrita corpo do atestado médico 15 (quinze dias) de afastamento a partir de 10/01/2021.

Outros ainda podem ser mencionados: (a) **Sem a identificação do paciente, tais como RG, CTPS** – Como ninguém deve atestar algo sem identificar. Portanto, para evitar homônimos, deve ser registrado por documento oficial no AM de preferência que tenha fotografia, impressão dactiloscópicas, tais como CTPS, CNH e RG; (b) **Sem o nome do paciente** - já vi casos que o atestado médico foi esquecido de apor o nome do paciente, o profissional, na pressa, esqueceu de apor o nome do paciente no AT e firmou o mesmo.; Data da emissão do AM sem mencionar o dia do início da incapacidade laboral; (c) **Não referir no do AM a finalidade ou a quem se destina o atestado** - Deve-se citar quem é requerente do AM, podendo ser o paciente ou o responsável legal, e, tem que cumprir uma finalidade, i.e., para atender fins escolares, administrativos, judiciais, etc. Não se deve escrever: “atesto para os devidos fins”, embora esse termo ainda é muito usado, a sugestão é “a pedido do paciente”, em caso de perda do atestado ou extravio do mesmo esse documento está a revelar um segredo e quem autorizou? Esse termo escrito no AM, já evita muitas demandas judiciais ou no regional que o profissional está escrito. Por fim registrar no prontuário médico o AM, os dias de afastamento do trabalho, quantos dias e a data do início afastamento e a CID da doença que ele foi acometido; (e) **A Identificação ilegível do emitente** - É cediço que todo documento que pode servir como meio de prova, não deve conter rasuras, ou partes ilegíveis. Neste caso basta a assinatura do profissional legível e com o registro no regional do seu Estado, cumpre os pressupostos e sendo válido como prova, todavia como o profissional assina muitos

documentos e para facilitar a identificação do mesmo, foi criado o carimbo que facilita a identificação do profissional, que tem que estar em bom estado de conservação e entintado o suficiente e estar bem legível, não deve ser assinado ou rubricado em cima do carimbo, deve assinar acima ou ao lado, porque pode danificar a prova, embora um carimbo qualquer pessoa possa fazer uma cópia, mas um carimbo bem cuidado, denota que o possuidor é uma pessoa zelosa com o que faz. Encontramos hodiernamente, documentos médicos com carimbos ilegíveis, às vezes por má conservação ou pouca tinta.

Quando um documento médico possuir duas ou mais laudas, faz-se necessário a rubrica de cada página. O médico não pode ser obrigado a ter uma caligrafia bonita, mas é imperativo que o que escreve deve ser legível. Só para lembrar, sem ser saudosista os médicos antigamente, usavam nos carimbos com tinta na cor verde, porque é a cor da medicina, a pedra esmeralda no anel do doutor, que tem a cor verde, que é um dos símbolos da medicina.

Outra inconsistência particular é nunca usar papel com timbre de órgão público na clínica privada. Existem vários motivos a saber porque isso nunca deve ser feito: a) estar a gastar recursos do erário em clínica privada; b) é importante no AM a descrição do local do atendimento, podendo ser usado até como álibi; c) Com uma miríade de CID's, v.g., M51.1 / M51.2 / M54.0 / M54.4 / M25.5 / G540.0 / F32. Encontramos AM as vezes mais de 20 CID's, de doenças degenerativas sem expressão clínica de incapacidade laboral, tronando o documento menos esclarecedor. O recomendado é a CID-10 principal e a secundária; Emissão de atestado médico na revisão do pós-operatório sem mencionar a data que foi efetuada a cirurgia; Emissão de AM subsequente aos primeiros 15 dias consecutivos; Emissão de AM, somente com a CID. Z54.0 (cirurgia), nesse caso, informa apenas que o paciente foi operado, sem prova efetiva do tipo de cirurgia; Emissão de AM e no carimbo sem o registro do Estado do Regional que está inscrito.

Cumprir destacar que a questão é de grande relevância prática, pois, não somente no que se refere aos direitos de pacientes, de terceiros e de toda a sociedade, pois são bens jurídicos tutelados por estes instrumentos que tem fé de ofício, porque o médico presta juramento público e quando o médico é servidor público tem também fé pública.

## 4.2 ANÁLISE NORMATIVA

Diante das informações acima, o laudo e o relatório médico possuem grande relevância na discussão das relações jurídicas, especialmente no âmbito judicial. O presente artigo tem como delimitação normativa o Código Civil de 2002. Em que pese restrinja-se ao mesmo, em face do diálogo normativo constante no ordenamento jurídico, o CC/02 também será concatenado com outras espécies normativas, como é o caso do Código Penal e Código de Processo Civil.

Para adentrar no tema propriamente dito, discorreremos sobre a prova no processo civil. O conceito de prova é demonstrar no plano concreto a veracidade da existência de um fato com registros perenes, em outras palavras é comprovar a existência de algo alegado no plano concreto. Devido que os documentos médicos, ora em comento, são meios de provar algo sendo o mecanismo alvo deste trabalho, é o instrumento processual adequado para apurar responsabilidade dos danos por danos morais, estéticos e funcionais pelos médicos e prestadores de serviços de saúde, conforme aduz a Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002, que institui o Código Civil e elenca os meios de prova nos arts. 212 a 232.

Dessa forma, a elaboração desses documentos de forma que atenda a demanda, evita demandas judiciais desnecessárias. Assim, os que se acharem prejudicados, podem buscar no Poder Judiciário para pleitear a restauração do seu direito quando se sentir lesionado. Destaca o Código Civil em seu art. 186: “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”.

Estão elencados no Código Civil os meios de prova nos arts. 212 a 232. Vale destacar o **art. 212**, “*Salvo o negócio a que se impõe forma especial, o fato jurídico pode ser provado mediante*”, nos importa nesse tema o “inciso II – documento” do referido artigo. Entende-se como documento como toda base física ou eletrônica que possa provar um fato nele registrado.

Vale destacar o que preleciona acerca de documentos eletrônico nas palavras de Augusto Tavares Rosa Marcacini *apud* Fredie Didier ( MARCACINI. p.143), nestes termos:

“Um conceito atual de documento, para abranger também o documento eletrônico, deve privilegiar o pensamento ou fato que se quer perpetuar e não a coisa em que estes se materializam. Isto porque ao documento eletrônico é totalmente dissociado do meio em que foi originalmente armazenado. Um texto, gravado inicialmente no disco rígido do computador do seu criador, não está preso a ele. Assumindo a forma de uma sequência (sic) de bits, o documento eletrônico não é outra coisa que não a sequência (sic) mesma, independente do meio onde foi gravado. Assim, o arquivo eletrônico em que está neste texto poderá ser transferido para outros meios, sejam disquetes, CDs, ou discos rígidos de outros computadores, mas o documento eletrônico continuará sendo o mesmo.  
(...) Documento, assim, é o registro de um fato”.

Após o Código de Processo Civil de 2015, o documento eletrônico foi recepcionado nos arts. 439 a 441:

#### Secção VIII - Dos documentos eletrônicos

Art.439. A utilização de documentos eletrônicos no processo convencional dependerá de sua conversão à forma impressa e da verificação de sua autenticidade, na forma da lei.

Art. 440. O juiz apreciará o valor probante do documento eletrônico não convertido, assegurado às partes o acesso ao seu teor.

Art.441. Serão admitidos documentos eletrônicos produzidos e conservados com a observância da legislação específica.

Para a elaboração destes documentos médico-legais a pessoa tem que estar capaz definido no art. 1º do CC/2002:2 *“Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil”*. O profissional deve estar em sua capacidade civil plena, fulcrado no art. 5º. CC/2002: *“A menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil.”*. Dessa forma é imperativo que tenha a capacidade plena e ser médico ou cirurgião dentista e estar regular com o seu conselho para emitir atestado ou relatório.

Importa saber o fulcrado no art. 369 do CPC.

”As partes têm o direito de empregar todos os meios legais, bem como os moralmente legítimos, ainda que não especificados neste Código, para provar a verdade dos fatos em que se funda o pedido ou a defesa e influir eficazmente na convicção do juiz”.

A Declaração Internacional de Direitos do Homem e do Cidadão estabelece no art. 12:

“Ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à



sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques, toda pessoa tem o direito à proteção da lei”

Essa informação tem força suficiente para expor a intimidade de alguém fulcrado no art. 5º, Inciso X, CF/88:

“são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.”

O código Civil vigente nos traz inovação no seu art. 21:

“A vida privada da pessoa natural é inviolável, e o juiz, a requerimento do interessado, adotará as providências necessárias para impedir ou fazer cessar ato contrário a esta norma.”

Aqui também necessariamente cita-se o Código Penal Brasileiro – Decreto-lei nº 2.848/1940, que disciplina em seu art. 269: “Deixar, o médico, de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória: Pena – detenção de seis meses a dois anos, e multa”.

Lembra-se que no Código de Processo Penal a legislação é específica sobre atestados médicos: art. 302 do CP: “*Dar o médico, no exercício da sua profissão, atestados médicos falsos*”. *Pena: detenção de um mês a um ano.*”

Vê-se também o Código de Ética, no seu capítulo X, diz que: é vedado ao Médico no art. 110: “*Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponde à verdade.*” Havendo denuncia no Conselho e comprovado o erro médico, pode penas aplicáveis com previsão de sofrer pena disciplinar no fulcrado na Lei nº 3.268/57 art. 22:

- a) “advertência confidencial em aviso reservado;
- b) censura confidencial e aviso reservado;
- c) censura pública em publicação oficial;
- d) suspensão do exercício profissional por até 30 (trinta) dias;
- e) cassação do exercício profissional, *ad referendum*, pelo conselho Federal de Medicina”

A responsabilidade médica é quase sempre extracontratual ou Aquiliana. Dificilmente um médico quando assisti o paciente ele elabora um contrato civil, todavia, ao examinar um paciente e elaborar um prontuário e emitir uma receita, nesse momento já produziu a responsabilidade médica extracontratual denominada de contrato Aquiliano. Essa denominação faz-se alusão a “*Lex Aquilia*” (ano 572, em

Roma), em princípio essa lei tratava de responsabilidade penal. (DELGADO, pp.147 a 178).

O atestado médico ou o relatório médico deve ser dentro dos padrões que preceitua o Código de Ética Médica (CEM), CC/2002 e até o Código Penal, sendo às vezes o único contato com o meio exterior que alguém toma conhecimento da existência do trabalho do profissional de saúde e deve causar uma boa impressão, é imperativo ser elaborado dentro dos padrões ABNT2, bem formatado, redigido sem erros de português ou de digitação e atendendo a que se destina.

Nesse passo, o médico não poderá ser responsabilizado por imperícia que é o não saber fazer por falta de conhecimentos técnicos ou inabilidade na conduta, negligência é não fazer o que deveria ser feito, é ausência de cuidados prévios para prática de determinado ato, revelando desleixo, desatenção, indolência e desídia, é a conduta omissa, já a imprudência é a imprevisão do agente em relação às consequências do seu ato ou ação, inobservância do dever de cautela no realizar determinados procedimentos, é fazer mal o que deveria ser bem feito, é uma conduta comissiva. Essas são as penalidades que se pode apurar a culpabilidade por erro médico ou odontológico.

Como a relação do atendimento médico ao paciente é considerada uma prestação de serviço que é considerada relação consumerista, regulado pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC) Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990, em seu art. 14º que diz:

“O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre fruição e riscos.

(...)

§4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.”

Preceitua o CC/2002 em seu art. 927:

“Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.”

(...).

#### 4 ANÁLISE DE DECISÕES JUDICIAIS.

Os documentos ora analisados já foram objeto, direta ou indiretamente, de demandas judiciais. No processo nº 0007263-62.2023.8.16.0000, o Acórdão publicado tem a seguinte ementa:

##### Ementa

EMENTA: I - AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DECLARATÓRIA DE DIREITO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA. ALEGAÇÃO DE DOENÇA GRAVE, CARDIOPATIA. DECISÃO QUE INDEFERIU A TUTELA ANTECIPADA ANTE A INSUFICIÊNCIA PROBATÓRIA DA PROBABILIDADE DO DIREITO E A AUSÊNCIA DE PERIGO DE DANO OU RISCO AO RESULTADO ÚTIL DO PROCESSO. INCONFORMISMO.II – ALEGAÇÃO DE INSTRUÇÃO SUFICIENTE PARA O DEFERIMENTO DA LIMINAR. ATESTADO MÉDICO UNILATERAL E QUE NÃO DESCREVE DE MANEIRA CLARA A REAL CONDIÇÃO DO AUTOR. PROVA INSUFICIENTE. AUSÊNCIA DE RISCO GRAVE OU DE DIFÍCIL REPARAÇÃO. REQUISITOS PARA A ANTECIPAÇÃO DE TUTELA NÃO PREENCHIDOS. DECISÃO MANTIDA.III – RECURSO NÃO PROVIDO.

Neste caso o AM não descreve de maneira “clara” e “real” não servindo como meio de prova a que se destina no processo em tela. O Autor solicitou isenção do imposto de renda, todavia o atestado médico que não descreve de maneira clara o quadro clínico do autor de forma real a ausência de risco grave ou de difícil reparação, apenas o atestado médico inexistente como meio de prova robusta para antecipar a pretensão do autor, a isenção de imposto de renda.

No processo nº 0015961-41.2019.8.16.0083 tem a seguinte ementa:

RECURSO INOMINADO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS POR ERRO MÉDICO. ERRO NO PREENCHIMENTO DE ATESTADO. CID INCORRETO. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. QUANTUM ARBITRADO MANTIDO. Recurso conhecido e desprovido.

O caso em tela, foi pelo preenchimento errado da CID-10 do atestado médico motivado pela negligência, neste caso é fazer o que não deveria ser feito. A autora alega que sofreu trauma e o atestado médico que deveria ter a CID-10 T14 que significa (traumatismo de região não especificada do corpo), foi de F14 que significa “transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína”.

Ficou evidente o erro material, pela simples troca da letra “T” pela “F”. A autora alega, que ainda foi a UPA, para trocar o atestado sem êxito, o preenchimento errado do código da CID. Alega a autora que trouxe constrangimentos na empresa da

causa do afastamento e requereu danos morais que foi acolhido o pedido em desfavor ao Estado.

No processo nº 0003478-49.2022.8.16.0058 apresenta a seguinte situação jurídica:

RECURSO INOMINADO. ACIDENTE DE TRÂNSITO. LUCROS CESSANTES. ATESTADO MÉDICO COM INDICAÇÃO DO CID-B34.2 REFERENTE A INFECÇÃO POR CORONAVÍRUS. APRESENTAÇÃO DE VERSÕES CONFLITANTES QUANTO AO PERÍODO DE AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS. TESE DE QUE SE TRATOU DE MERO EQUÍVOCO MÉDICO INACEITÁVEL. CONCLUSÃO PELA AUSÊNCIA DE PROVA EFETIVA DOS SUPOSTOS LUCROS CESSANTES. PLEITO DE ABATIMENTO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA DO MONTANTE RECEBIDO A TÍTULO DE SEGURO DPVAT. REJEIÇÃO. AUSÊNCIA DE PROVA DE RECEBIMENTO DE QUALQUER VALOR A ESTE TÍTULO. JUROS DE MORA. FIXAÇÃO QUE NÃO COMPORTA ALTERAÇÃO. SENTENÇA REFORMADA. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.

No caso acima a imperícia e a negligencia no preenchimento do atestado médico de forma inadequada com erro material, não sendo possível fixar nexos causal do acidente de trânsito com a CID-10 B34.2 (infecção por coronavírus de localização não especificada). Portanto por se tratar a tese do reclamante de mero equívoco quanto do preenchimento do atestado e a existência de versões conflitantes em relação ao período em que ao reclamante ficou incapaz para o trabalho. Tão somente, não há como reconhecer os lucros cessantes alegados pela autora com a CID-10 B34.2 que é incompatível com lesão corporal de origem traumática que guarde nexos causal com o sinistro sofrido pela autora.

## 5 SUGESTÕES PARA A ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO/ ATESTADO

Contudo, vale salientar que aqui vamos valorizar mais a **forma** de como elaborar esses documentos, de uma maneira clara e precisa e que venha atender o pleiteado pelo paciente e atendendo a finalidade a quem se destina ou em outras palavras a quem interessar possa.

Importa saber hodiernamente, que um profissional médico para adentrar no mercado de trabalho, necessita no mínimo 10 a 11 anos de estudo, entre a formação do curso médico e a especialização, todavia todo esse preparo técnico-científico, é

mirado no tratamento ou na possível cura, que é a primazia do seu labor, todavia há um descuido generalizado das escolas médicas, residências médicas e serviços médicos em ensinar e dos profissionais em aprender a elaborar esses documentos, ora em comento.

Na prática do dia a dia, o que se observa, é que tanto os médicos mais jovens, quanto os que já estão há mais tempo no mercado de trabalho, há uma preocupação em formalizar os documentos médico-legais que os seus pacientes tanto necessitam que comprovem o seu estado de saúde no momento da emissão do atestado com o possível diagnóstico, evolução da doença e o prognóstico.

Dessa forma, o que será analisado é com o intuito de esclarecer aos profissionais da saúde, de uma forma prática e sem delongas, como elaborar os documentos em tela, i.e., aquilo que o emissor do relatório diz que seja entendido pelo receptor do documento, que necessita esclarecer para complementar o seu trabalho. Sem entrar no mérito, se esses documentos elaborados em desconformidade técnica, se é erro de conduta, má fé ou desídia. Dessa forma, o profissional de saúde que em caso de erro de conduta e em sendo comprovado a culpabilidade por imperícia, imprudência ou imperícia, ele poderá responder administrativamente, civilmente, penalmente e ao Conselho Regional que está inscrito.

Doutra banda, o profissional deve apresentar o documento bem redigido, com a formatação obedecendo as regras da ABTN2, sem rasuras, sempre ter o cuidado de reler o que escreveu, para evitar erros ortográficos e de português, as vezes este documento é o primeiro contato da apresentação do profissional que emitiu o atestado/relatório-médico com o meio externo, podendo provocar uma boa ou má impressão da sua capacidade técnica ou zelo com a profissão. Para agilizar seu trabalho do dia a dia, deve-se colocar os modelos (espelhos) pré-formatados no computador e quando necessário é só preencher os campos para cada caso.

Na mesma esteira caminha (FRANÇA, ANO 2001, p.75):

“É Alves de Menezes quem nos diz; “O laudo médico-legal é o cartão de visita profissional do médico legista, a sua ficha de identificação técnica, o repositório de sua sabedoria, o estojo de sua experiência, a chave do seu prestígio, o passaporte para a sua glória. Mas como o punhal traiçoeiro e bicortante, poderá ser, também o óbito de sua fama e o epitáfio de sua reputação.”

O citado acima, serve também para todos os documentos médicos legais emitidos pelo profissional que demonstra laborar com sabedoria, zelo e sem desídia. Nesta senda, evitando querelas judiciais ou extrajudiciais.

Importa comentar a Resolução CFM n.1.658/2002, que normatiza a emissão do AM enfatiza-se o art. 3º Caput e Parágrafo Único.

Art. 3º na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

I - especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente;

II - estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;

III - registrar os dados de maneira legível;

IV – Identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

**Parágrafo único.** Quando o atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica deverá observar:

I - o diagnóstico;

II - os resultados dos exames complementares;

III - a conduta terapêutica;

IV - o prognóstico;

V - as consequências à saúde do paciente;

VI - o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementarmente o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação;

VII - registrar os dados de maneira legível;

VIII - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Outra cautela que deve ser anunciada é quanto à perda do carimbo:

Deve-se de imediato ir à Delegacia da Polícia Civil física ou na forma digital e prestar queixa através de Boletim de Ocorrência (BO) na Delegacia mais próxima e seguidamente notificar ao Regional que está escrito e muitos Conselhos de Classe possuem portal eletrônico. Existe uma recomendação GO n. 2/2015 sobre os procedimentos relativos à perda/falsificação de carimbos médicos. (SOUSA, 2021, p. 75).

Como melhorar a elaboração da redação do Atestado / Relatório Médico, escrever com clareza, tais como: a identificação do requerente, a finalidade, tempo de afastamento do trabalho, a data do início do afastamento e a Classificação Internacional de Doenças (CID) perante ao sigilo médico, em conformidade com Código Civil vigente e o Código de Ética Médica e evitando demandas judiciais.

Orientar o profissional na elaboração, para confeccionar Atestado / Relatório Médico (AM) e evitar as desconformidades do Atestado / Relatório Médico, para atender ao requerente, as empresas, fins administrativos e securitários e evitar demandas judiciais.

Diante do exposto, pode-se concluir que o atestado e o relatório são documentos que, na prática clínica diária e sua validade, são provas documentais e evitam as implicações legais na esfera administrativa, civil, penal e no Conselho Regional que o médico está inscrito e perdas pecuniárias à empresa e ao trabalhador. Nesse tema, não será aventado atestado médico com falsidade ideológica, material ou gracioso, ou que não condizem com a verdade.

Para melhor elucidação, cabe demonstrar, inclusive pela necessidade científica, apresentar modelo de atestado médico:

Exemplo de atestado médico

**a. CABEÇALHO**

**CLÍNICA SANTA CHARITAS.** CNPJ XXXXXXXX, Endereço Rua XXX, n. XXXX, Bairro XXX, Cidade XXXX, Estado XXX, CEP. XXX, Telefone XXX E-mail XXX

**b. CORPO DO AM**

1. Modelo: a pedido do paciente o Sr. Mévio RG, XXXX, SSP/BA, Data da emissão: XXX, foi examinado em conformidade com o art. 75 do Decreto 3.048 de 06/05/1999, foi examinado nesta intuição no dia XXX, hora: e necessita ficar afastado do trabalho por 15 dias, a partir dessa data.

2. Modelo: a pedido do representante legal o Sr. Édipo RG. XXX, SSP/BA, Data de emissão: XXXX, foi examinado o Sr. Mévio RG. XXX, SSP/BA. Data da emissão XXX, em conformidade com o art. 75 do Decreto 3.048 de 06/05/1999, examinado nesta instituição no dia XXX, necessita ficar afastado do trabalho por 15 dias, a partir da presente data.

Cidade, no dia XXX do mês XXX e ano XXX.

CID XXX

A CID foi revelada com a permissão no paciente.

**OBSERVAÇÃO;** este atestado está registrado no prontuário do paciente.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

ou representante legal

<u>Carimbo do médico</u>
<u>Nome do médico (a)</u>
<u>Especialidade até duas</u>
<u>RQE respectivo</u>
<u>CRM/Estado</u>

---

Assinatura do médico.  
CRM/Estado

Quanto ao relatório médico também chamado de laudo médico as vezes em algumas especialidades não é necessário colocar todos os itens elencados em tela, porque tem especialidades bem específicas que pode ser mais resumido, em caso de transferência de um hospital para outro e o prontuário acompanha o paciente, em caso do atestado médico ou o relatório médico ter mais de uma folha deve ser rubricado as primeiras e firmar a última de forma legível o nome do profissional e o registro no regional.

No relatório médico como deve ser descrito o tratamento, o médico deve relatar o tempo de tratamento, v.g., uma paciente foi submetida a mastectomia à direita, no dia tal, mas ainda vai fazer 10 sessões de quimioterapia, sendo 01 por semana e depois 05 sessões radioterapia, sendo uma sessão a cada 15 dias, essa descrição é mais importante do que sugerir o tempo de afastamento do trabalho. Com mais razão se conclui: quanto mais informações com fundamentação técnica o médico assistente relatar sobre estado da saúde do seu paciente, quanto ao tratamento e ao prognóstico da enfermidade, melhor será o proveito do seu relatório, para que ou quem se destina.

A importância deixar registrado em prontuário o AM, é porque em caso de perda ou extravio do atestado, não sendo encontrado o médico que assistiu o paciente, emissor do atestado. Neste caso, o diretor médico do nosocômio deve consultar o prontuário, emite outro atestado com os mesmos dados do anterior: data e hora e CID, refere no atestado que é cópia do prontuário e o médico que emitiu AM, não é o médico que assistiu o paciente. Esta data importa, porque dias de afastamento importa em pagamento dos dias não trabalhados.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo teve por escopo analisar, as desconformidades na maneira como são elaborados os documentos médico legais, dando ênfase “atestado/ e relatório-médico” a luz do processo civil.

Vale destacar, que o autor deste trabalho é perito médico-legal e perito médico previdenciário que no seu dia a dia e anos a fio, faz análise de vários documentos médicos quando examina os segurados da previdência social, deparando-se com vários documentos inconsistentes e em desconformidades como meio de prova para a autarquia deferir benefícios previdenciários atendendo o pleito dos segurados.

Por questão de ética médica, não expor documentos médicos legais, expondo segurados e os médicos assistentes e do trabalho e devido a autarquia em tela, não reter os documentos médicos legais apresentados pelos segurados, nessa pesquisa não pode apresentar um quadro estatístico quantitativo dos atestados em inconsistentes e incongruentes com a boa *praxis* médica, esse trabalho foi baseado na literatura médica especializada, legislação vigente, jurisprudência e na expertise do autor que vem demonstrar o desafio de como se pode melhorar a emissão dos documentos médico-legais e beneficiar, os segurados da previdência, os pacientes em geral que necessitam deste documento como meio de prova, aos médicos que emitem esses documentos, a previdência social e a sociedade em geral, com o intuito de fomentar a introdução do tema nas escolas médicas e consequentemente nas empresas médicas públicas e privadas.

Por possuir uma relevância tamanha e ter uma frequência significativa o atestado e o relatório médico, são repletos de formalidades na elaboração. Os todos médicos necessitam emitir frequentemente, por isso que eles foram eleitos para serem comentados, tem atestados que alguns médicos nunca vão emitir, v.g., atestado de óbito em caso de morte suspeita ou violenta, só o perito médico-legal pode emitir, no caso do ASO (Atestado de Saúde ocupacional) quem emite é o médico do trabalho, o Parecer no caso de dúvida entre dois laudos, é chamado o médico com notório saber e expertise na área em questão para elucidar com confecção do parecer para a justiça.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CID-10 (Classificação Internacional de Doenças)

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. *DOU*, Brasília, 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. **Código de Processo Civil**. *DOU*, Brasília, 17 de março de 2015. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm)>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Decreto-lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942. **Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro**. *DOU*, Rio de Janeiro, 9 de setembro de 1942. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del4657compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del4657compilado.htm)>. Acesso em: 2 fev. 2020.

DELGADO, Rodrigo Mendes; Delgado, Heloissa Beth Macedo, A defesa do médico. Leme : Cronus, 2021

FRANÇA, Genival Veloso, Medicina Legal. 6ª ed. Guanabara Koogan – 2001

MENDANHA, Marcos Henrique. Medicina do Trabalho e perícias médicas :aspectos práticos (e polêmicos). – 2. ed. – LTr, 2012.

SOUZA, Rodrigo Tadeu de Puy e. Documentos Médicos comentados / 1ª ed. – São Paulo : LiJur Editora 2021.

PINHEIRO, Raimundo – Atestado Falso ou Verdadeiro. - Salvador : CRM Assistência Pericial, 2010.