

TABELA I

Tipo de informação	Preenchimento obrigatório				
	Atestados médicos e/ou odontológicos	Afastamento para tratamento de saúde ou por acidente de trabalho	Atestados de acompanhamento		Atestado de acompanhamento familiar e/ou declarações
			Esposa ou companheira gestante	Filho com até 6 (seis) anos em consulta médica	
* Identificação da instituição e local de atendimento	X	X	X	X	X
* Nome completo e legível do paciente atendido em consulta médica	X	X	X	X	X
* Data (dia/mês/ano), carimbo legível do profissional com número do Registro no Conselho de Classe e assinatura	X	X	X	X	X
* Classificação Internacional de Doenças (CID), com expressão	X	X	X	X	
* Nome do servidor como acompanhante			X	X	X
* Comprovação de parentesco			X	X	X