

**RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE**  
**(Doenças psiquiátricas)**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Nº do documento de identificação (documento com foto): \_\_\_\_\_

1. A data do início do tratamento com o médico assistente:

\_\_\_\_\_

2. A descrição do quadro clínico inicial, quando do início do tratamento com o referido médico:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. A conduta medicamentosa atual:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. A descrição fenomenológica do quadro clínico atual; e o diagnóstico codificado na CID 10:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Maceió, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico assistente

\_\_\_\_\_  
assinatura do paciente ou responsável legal

**Observação: O presente relatório tem como objetivo apresentar subsídios para realização de perícia médica judicial. Havendo necessidade de maiores esclarecimentos, poderá ser requerida a apresentação de cópia dos prontuários médicos referentes ao periciado.**