

Relatório Médico - como criar, quando emitir e modelo prático

O relatório médico é o instrumento por meio do qual o profissional descreve, de forma narrativa e fundamentada, a condição clínica de um paciente. Diferentemente do laudo, que se restringe ao resultado de um exame complementar, e do atestado, cuja função é certificar de modo sumário um fato relacionado à saúde, o relatório tem por objeto o próprio paciente: seu histórico, a evolução do quadro, a terapêutica empregada e o prognóstico.

É um documento que transita do campo assistencial ao previdenciário, ao administrativo e ao judicial, produzindo efeitos concretos sobre direitos do paciente e sobre a segurança jurídica do médico que o emite.

A compreensão precisa do que é o relatório médico, de quando ele deve ser emitido e de como deve ser estruturado tornou-se ainda mais necessária após a publicação da Resolução CFM nº 2.381/2024^[1], que revogou a antiga Resolução CFM nº 1.658/2002 e reorganizou, de forma sistemática, a regulamentação de todos os [documentos médicos](#) no Brasil. A norma trouxe definições que alteram concepções amplamente difundidas, inclusive a noção, hoje imprecisa, de que o relatório médico seria um documento único e invariavelmente gratuito.

Neste artigo, você confere tudo sobre o relatório médico: o que é, quando emití-lo, como se distingue de outros documentos, o que deve constar, as regras de honorários e de inclusão de diagnóstico, além das particularidades dos relatórios destinados ao INSS e à comprovação de deficiência. Disponibilizamos ainda para download gratuito um pacote com modelos prontos para uso na rotina clínica.

- [O que é relatório médico](#)
- [Relatório circunstanciado e especializado](#)
- [Relatório, laudo, atestado e declaração: qual a diferença?](#)
- [Para que serve o relatório médico e quando emití-lo](#)
- [O relatório médico pode ser cobrado? O que diz o CFM sobre honorários](#)
- [O que deve constar no relatório médico](#)
- [A inclusão do diagnóstico e da CID no relatório médico](#)
- [Relatório médico para o INSS e o Novo Atestmed](#)
- [Relatório médico para comprovação de deficiência e a avaliação biopsicossocial](#)
- [Como criar um relatório médico passo a passo](#)
- [Modelos prontos de relatório médico](#)
- [Relatório médico digital e validade jurídica](#)

- Erros comuns na elaboração de relatórios médicos
- Responsabilidade ética, civil e penal do médico
- Como o HiDoctor facilita a emissão de relatórios médicos
- Perguntas frequentes sobre relatório médico



O que é relatório médico

O relatório médico é o documento por meio do qual o médico descreve a condição clínica de um paciente, contemplando seu histórico, a evolução do quadro, os tratamentos realizados ou indicados e as perspectivas de evolução. Seu objeto é o paciente considerado em sua trajetória clínica, e não o resultado isolado de um exame complementar.

Essa distinção é fundamental: enquanto o **laudo médico** descreve e conclui sobre um exame realizado — laboratorial, de imagem, eletrofisiológico ou anatomopatológico —, o relatório narra e fundamenta a condição de saúde do paciente de modo abrangente.

A Resolução CFM nº 2.381/2024 estabelece, em seu Art. 2º, que os documentos médicos gozam de presunção de veracidade e produzem os efeitos legais a que se destinam. Essa presunção confere ao relatório médico peso jurídico e administrativo relevante, razão pela qual sua elaboração deve observar rigor técnico, fundamento ético e conformidade normativa.

Sua emissão é prerrogativa de médico devidamente inscrito e com [registro ativo](#) no Conselho Regional de Medicina. Caso o médico possua Registro de Qualificação de Especialista (RQE) pertinente ao documento emitido, essa informação também deve constar.

Um aspecto que merece atenção desde o início é terminológico, mas com consequências práticas significativas. A norma vigente não define um documento chamado simplesmente "relatório médico". Em vez disso, reconhece duas categorias distintas — o relatório médico circunstanciado e o relatório médico especializado —, cada uma com finalidade, conteúdo e regras próprias, inclusive quanto à cobrança de honorários.

A expressão "relatório médico", de uso corrente entre profissionais e pacientes, corresponde, na prática, a uma dessas duas categorias, a depender do contexto e da finalidade do documento. Compreender essa diferenciação é o primeiro passo para a emissão correta.

Relatório circunstanciado e especializado

Uma das principais novidades da Resolução CFM nº 2.381/2024 em relação ao relatório médico foi explicitar sua diferenciação em duas modalidades. A norma define, em seu Art. 4º, inciso VII, o relatório médico circunstanciado, e, no inciso VIII, o relatório médico especializado.

O **relatório médico circunstanciado** é o documento elaborado pelo médico que presta ou prestou atendimento ao paciente. Deve conter a data de início do acompanhamento, o resumo do quadro evolutivo, com menção a eventuais períodos de remissão e recidiva, a terapêutica empregada ou indicada, o diagnóstico e o prognóstico. Sua característica definidora é a relação assistencial: trata-se de documento produzido pelo médico assistente sobre paciente que está ou esteve sob seus cuidados.

O **relatório médico especializado**, por sua vez, destina-se a fins de perícia e pode ser solicitado tanto por paciente assistido pelo médico quanto por requerente que não mantém com ele relação assistencial, ou ainda por seu representante legal. A norma estabelece que esse relatório discorre sobre a enfermidade do requerente, descrevendo o diagnóstico, a terapêutica, a evolução clínica, o prognóstico e os resultados de exames complementares, acrescido da discussão técnica fundamentada na literatura científica e na legislação aplicável, quando pertinente. Essa exigência de estudo e pesquisa confere ao documento maior complexidade técnica e justifica tratamento distinto quanto a honorários, conforme será detalhado adiante.

A tabela a seguir sintetiza as diferenças entre as duas modalidades:

Critério	Relatório circunstanciado	Relatório especializado
Quem pode solicitar	Paciente assistido ou seu representante legal	Requerente assistido ou não pelo médico, ou seu representante legal

Critério	Relatório circunstanciado	Relatório especializado
Relação assistencial	Pressupõe atendimento prestado pelo médico emissor	Não pressupõe, necessariamente, relação assistencial
Finalidade típica	Continuidade do cuidado, comprovação de condição clínica	Perícia e comprovação técnica fundamentada
Conteúdo	Início do acompanhamento, quadro evolutivo, terapêutica, diagnóstico e prognóstico	Enfermidade, diagnóstico, terapêutica, evolução, prognóstico, exames e discussão técnica fundamentada
Honorários	Sem majoração em acompanhamento regular por até seis meses; cobrança possível após esse intervalo	Honorários cobrados quando em serviço privado

Essa distinção é determinante para a prática médica, pois orienta o profissional sobre qual documento emitir em cada circunstância e sobre a legitimidade da cobrança de honorários, tema em que persistem equívocos relevantes no meio profissional.

Relatório, laudo, atestado e declaração: qual a diferença?

A confusão entre relatório médico, laudo, atestado e declaração de comparecimento é frequente na prática clínica e no uso cotidiano. A Resolução CFM nº 2.381/2024 os define, contudo, como categorias distintas, cada uma com finalidade, estrutura e contexto de uso próprios. A clareza quanto a essas diferenças evita a emissão de documento inadequado à finalidade pretendida.

Relatório médico

O relatório médico descreve a condição clínica do paciente, seu histórico, os tratamentos realizados e as perspectivas de evolução. É o documento adequado quando a finalidade é narrar e comprovar uma condição de saúde, e não apenas registrar o resultado de um exame. Por essa razão, muitos documentos popularmente chamados de "laudo" são, tecnicamente, relatórios médicos — como o documento que descreve uma condição crônica para fins previdenciários ou o que comprova uma deficiência.

Laudo médico

O laudo médico descreve e conclui sobre o resultado de um exame complementar realizado. Seu objeto é o exame — uma ressonância, um hemograma, uma biópsia, um eletrocardiograma —, e não a trajetória clínica do paciente. O laudo não narra o histórico nem acompanha a evolução do quadro ao longo do tempo; ele registra o resultado técnico de uma avaliação determinada e a interpretação diagnóstica dele decorrente.

Atestado médico

O atestado médico é o documento formal por meio do qual o médico afirma a veracidade de um fato relacionado à condição clínica do paciente. Tem estrutura mais simples e finalidade predominantemente administrativa, como justificar o afastamento do trabalho, comprovar aptidão física ou mental ou certificar o acompanhamento em consulta. Não pressupõe a descrição detalhada do quadro clínico.

Declaração de comparecimento

A declaração de comparecimento comprova que o paciente esteve presente em consulta, exame ou procedimento, em data e horário determinados, sem recomendar repouso ou certificar incapacidade. Pode ser fornecida tanto pelo médico quanto pelo setor administrativo da unidade de saúde.

A tabela a seguir consolida as principais diferenças:

Característica	Relatório médico	Laudo médico	Atestado médico	Declaração de comparecimento
Objeto	Condição clínica do paciente	Resultado de exame complementar	Fato clínico (incapacidade, aptidão)	Presença em consulta ou exame
Foco	Histórico, evolução e condição clínica	Achados técnicos e conclusão do exame	Certificação de um fato	Confirmação de comparecimento
Quem pode emitir	Médico	Médico habilitado na área do exame	Médico (ou dentista, em sua área)	Médico ou setor administrativo
Caráter	Narrativo-clínico	Técnico-diagnóstico	Administrativo	Administrativo

Para o aprofundamento de cada um desses documentos, recomenda-se a leitura dos artigos específicos:

- [Laudo Médico](#)
- [Atestado médico](#)
- [Atestado ou declaração de comparecimento](#)

Para que serve o relatório médico e quando emití-lo

O relatório médico cumpre função que extrapola o registro clínico e produz efeitos em diferentes esferas institucionais. Compreender as situações em que sua emissão é pertinente auxilia o profissional a oferecer o documento adequado a cada demanda do paciente.

A primeira finalidade, de natureza assistencial, é a **continuidade do cuidado**. Quando o paciente é encaminhado a outro especialista, transfere-se para outra unidade de saúde ou troca de médico, o relatório circunstanciado permite que o novo profissional compreenda o histórico clínico, a terapêutica adotada e a evolução do quadro, evitando a perda de informações relevantes e favorecendo a tomada de decisões fundamentadas. Nesse contexto, o relatório é frequentemente emitido por ocasião da alta de tratamentos longos ou complexos.

A segunda finalidade, de grande incidência prática, é a instrução de pedidos de benefícios previdenciários junto ao INSS, como o benefício por incapacidade temporária e a aposentadoria por invalidez. Nessas situações, o relatório descreve a condição de saúde, as limitações funcionais e o prognóstico, compondo, junto a outros documentos, o conjunto probatório analisado pela perícia. As particularidades dessa aplicação serão tratadas em seção própria.

A terceira finalidade é a comprovação de deficiência para fins de acesso a direitos e benefícios, hipótese expressamente prevista pela Resolução CFM nº 2.381/2024, que admite, nesses casos, a emissão de relatório médico ou de relatório médico especializado. Também essa aplicação, dada sua complexidade atual, é detalhada adiante.

A quarta finalidade diz respeito às solicitações dirigidas a planos de saúde e operadoras, quando a autorização de procedimentos, internações, terapias ou medicamentos depende da demonstração fundamentada da condição clínica do paciente e da justificativa técnica para a conduta indicada.

A quinta finalidade é a instrução de processos judiciais e administrativos, em que o relatório atua como prova documental da condição de saúde, seja em demandas trabalhistas, cíveis ou de natureza previdenciária. Nessas circunstâncias, é comum que se exija o relatório especializado, dada a necessidade de fundamentação técnica mais densa.

Em síntese, o relatório deve ser emitido sempre que a finalidade pretendida exija a descrição narrativa e fundamentada da condição clínica do paciente, e não apenas a certificação sumária de um fato ou o registro do resultado de um exame.

O relatório médico pode ser cobrado? O que diz o CFM sobre honorários

Persiste, no meio profissional e na comunicação de diversas fontes, a afirmação de que o médico não pode cobrar pela emissão de relatório médico. Essa afirmação, correta sob a vigência da norma anterior em determinados contextos, tornou-se imprecisa à luz da Resolução CFM nº 2.381/2024, que disciplina a matéria de forma diferenciada para cada categoria de documento.

A gratuidade absoluta aplica-se ao atestado médico. O Art. 5º, §1º, da resolução estabelece que o atestado é parte integrante da consulta, constituindo direito subjetivo do paciente, e que seu fornecimento não pode importar em qualquer majoração de honorários. Essa regra, contudo, não se estende indistintamente ao relatório.

No caso do relatório médico circunstanciado, a norma dispõe que não há majoração de honorários quando o paciente estiver em acompanhamento regular pelo médico por intervalo máximo de seis meses. A partir desse intervalo, a emissão do documento pode ser cobrada. A lógica subjacente é que o relatório produzido no curso de um acompanhamento regular integra a relação assistencial em andamento, ao passo que a elaboração de documento sobre paciente que não é acompanhado há mais de seis meses demanda novo trabalho de revisão e, em regra, nova avaliação clínica.

No caso do relatório médico especializado, a norma é expressa ao prever que serão cobrados honorários pelo médico quando o documento for elaborado em serviço privado. Essa previsão decorre da própria natureza do documento, que impõe estudo, pesquisa e discussão técnica fundamentada, configurando trabalho intelectual distinto do ato assistencial ordinário.

A correta compreensão dessas regras protege o profissional e orienta o paciente. A emissão de relatório especializado para fins de perícia, por exemplo, é atividade que legitimamente comporta honorários em serviço privado, e a recusa de remuneração por esse trabalho, sob o argumento equivocado de gratuidade universal, não encontra respaldo na norma vigente.

O que deve constar no relatório médico

O conteúdo do relatório médico combina os requisitos formais comuns a todos os documentos médicos com os elementos específicos que correspondem à sua finalidade narrativa.

A Resolução CFM nº 2.381/2024, em seu Art. 2º, §1º, estabelece que todo documento médico deve conter, no mínimo, os seguintes elementos:

1. **Identificação do médico** — nome completo e número de inscrição no CRM, com indicação da unidade federativa.
2. **Registro de Qualificação de Especialista (RQE)** — quando houver.
3. **Identificação do paciente** — nome completo e número do CPF, quando houver.
4. **Data de emissão.**
5. **Assinatura qualificada** do médico, no caso de documento eletrônico, ou assinatura e carimbo, ou número de registro no CRM, no caso de documento manuscrito.

6. Dados de contato profissional — telefone e/ou e-mail.

7. Endereço profissional ou residencial do médico.

A inclusão dos dados de contato, ausente nas normas anteriores, foi introduzida para permitir a verificação da autenticidade do documento e a comunicação entre emissor e destinatário, contribuindo para o combate a fraudes.

Além desses requisitos formais, o relatório médico deve conter os elementos de conteúdo que lhe são próprios. No **relatório circunstanciado**, a norma especifica: a data de início do acompanhamento, o resumo do quadro evolutivo — com indicação de eventuais períodos de remissão e recidiva —, a terapêutica empregada ou indicada, o diagnóstico e o prognóstico. No **relatório especializado**, acrescenta-se a descrição da enfermidade do requerente, com diagnóstico, terapêutica, evolução clínica, prognóstico, resultados de exames complementares e discussão técnica fundamentada na literatura científica e na legislação aplicável, culminando na conclusão sobre o fato que se pretende comprovar.

A redação deve primar pela clareza, pela objetividade e pelo rigor técnico. Recomenda-se o uso de terminologia médica padronizada, a distinção explícita entre hipótese diagnóstica e diagnóstico confirmado e a abstenção de juízos de valor ou de opiniões pessoais sem fundamentação clínica. O relatório destina-se a ser compreendido por outros profissionais de saúde, peritos, operadoras de saúde e instâncias administrativas e judiciais, de modo que a precisão da linguagem é condição de sua eficácia.

A norma exige, ainda, a identificação rigorosa do interessado no momento da emissão, mediante conferência de documento de identidade oficial com foto e indicação do CPF, conforme o Art. 3º da Resolução CFM nº 2.381/2024. Quando se tratar de paciente menor de idade ou de pessoa considerada incapaz pela legislação, o representante legal também deve ser identificado da mesma forma. Essa exigência tem por objetivo coibir fraudes e proteger o profissional contra o uso indevido de seus dados.

A inclusão do diagnóstico e da CID no relatório médico

A inclusão do diagnóstico e de sua codificação pela [Classificação Internacional de Doenças \(CID\)](#) no relatório médico é regida por disposições próprias, que variam conforme a modalidade do documento.

No relatório médico circunstanciado, a descrição da condição clínica integra a própria finalidade do documento. A Resolução CFM nº 2.381/2024 dispõe, contudo, que o diagnóstico codificado pela CID seja incluído mediante autorização expressa do paciente, em proteção ao sigilo

médico e ao tratamento de dados pessoais sensíveis previsto na Lei Geral de Proteção de Dados^[2]. Recomenda-se que essa autorização seja registrada em prontuário, como prática de segurança documental.

No relatório médico especializado, o diagnóstico não apenas integra o documento como é parte central de sua finalidade pericial, ao lado da terapêutica e da evolução. Diferentemente do circunstanciado — em que a codificação pela CID depende de autorização expressa do paciente —, aqui a informação diagnóstica, inclusive codificada quando pertinente, é apresentada na medida em que a finalidade do documento exige, por decorrer do próprio objeto pericial que ele se propõe a fundamentar. Ainda assim, o profissional deve observar a pertinência da informação ao fim pretendido e os limites do sigilo, incluindo apenas o que for necessário e adequado.

Em qualquer caso, o princípio orientador é a proteção da intimidade do paciente e a inclusão estritamente pertinente à finalidade do documento. A exposição de informação diagnóstica deve ser proporcional ao objetivo do relatório, evitando-se o detalhamento desnecessário, ainda que autorizado.

Relatório médico para o INSS e o Novo Atestmed

Os pedidos de benefício por incapacidade temporária junto ao INSS constituem uma aplicação frequentes da documentação médica, e a compreensão do papel do relatório nesse contexto exige precisão quanto à função de cada documento.

Em 24 de março de 2026, o Ministério da Previdência Social e o INSS instituíram, por meio da Portaria Conjunta MPS/INSS nº 13/2026^[3], o Novo Atestmed, ampliando de sessenta para noventa dias o prazo máximo de duração do benefício por incapacidade temporária concedido mediante análise documental, sem necessidade de perícia médica presencial inicial. Por esse sistema, o segurado encaminha sua documentação pelo aplicativo ou portal Meu INSS, e a análise é realizada remotamente pela Perícia Médica Federal.

É importante delimitar com clareza o papel de cada documento nesse procedimento. O documento central do requerimento, no Atestmed, é o atestado médico, que deve indicar o período de afastamento e conter o diagnóstico, por extenso ou codificado pela CID, além dos requisitos formais de identificação e assinatura. O relatório médico e os laudos de exames complementares atuam como documentos de apoio, que instruem e reforçam o pedido. O relatório descreve a condição clínica e as limitações funcionais de modo narrativo; os laudos comprovam o resultado técnico dos exames realizados. Não há, portanto, substituição entre esses documentos: cada um cumpre função própria, e o relatório não dispensa o atestado nem ocupa o lugar do laudo de exame, assim como o laudo não substitui a descrição clínica que o relatório oferece.

Quanto à atualidade da documentação, o Atestmed exige que o documento médico apresentado tenha sido emitido nos noventa dias anteriores à Data de Entrada do Requerimento. Esse requisito de recência aplica-se à documentação que fundamenta o pedido e deve ser observado na organização dos documentos a serem encaminhados.

Para o médico assistente que produz documentação destinada a instruir pedidos previdenciários, três cuidados ganham relevância. O primeiro é a descrição precisa das limitações funcionais, e não apenas a indicação do tempo de afastamento, de modo que o documento explicita o impacto da condição clínica sobre a capacidade do paciente. O segundo é a coerência entre o prazo sugerido e o quadro clínico descrito, uma vez que prazos desproporcionais ao diagnóstico tendem a ser questionados na análise. O terceiro é a articulação adequada entre os documentos: quando disponíveis, exames e seus respectivos laudos ampliam significativamente a robustez do conjunto documental, conferindo sustentação técnica à narrativa do relatório.

Relatório médico para comprovação de deficiência e a avaliação biopsicossocial

A comprovação de deficiência para fins de acesso a benefícios e direitos é uma aplicação específica do relatório médico que merece tratamento próprio, tanto pela frequência com que é demandada quanto pelas alterações recentes no modelo de avaliação adotado no Brasil.

O documento utilizado para comprovar deficiência física, sensorial, intelectual ou mental, exigido para o acesso a benefícios como o Benefício de Prestação Continuada e a outros direitos, descreve a condição clínica do paciente, suas limitações funcionais e o caráter permanente ou temporário da deficiência. Por se tratar de narrativa da condição do paciente, o documento tecnicamente adequado é o relatório médico, ainda que o uso popular frequentemente o denomine "laudo de PCD". A Resolução CFM nº 2.381/2024 admite expressamente, nesses casos, a emissão de relatório médico ou de relatório médico especializado.

A relevância dessa distinção foi acentuada por uma transformação no modelo de avaliação da deficiência. A partir de 2 de março de 2026, com fundamento na Resolução CNJ nº 630/2025^[4] e no marco da Lei Brasileira de Inclusão^[5] e da Lei Orgânica da Assistência Social^[6], consolidou-se a obrigatoriedade da avaliação biopsicossocial unificada para a concessão do Benefício de Prestação Continuada às pessoas com deficiência. Esse modelo, baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde, supera a análise estritamente médica e passa a considerar, de forma integrada, as funções e estruturas do corpo, as limitações de atividade, a restrição de participação social e as barreiras ambientais enfrentadas pela pessoa.

A consequência prática para o médico é direta. Um relatório destinado a instruir pedidos dessa natureza não deve limitar-se a indicar o diagnóstico e a codificação pela CID. Deve descrever, com precisão, o impacto da condição sobre a vida do paciente: as dificuldades de locomoção, comunicação, autocuidado, interação social e aprendizado, bem como a duração e o caráter da deficiência. É essa descrição funcional, articulada à análise social conduzida pelos demais profissionais envolvidos na avaliação, que confere ao documento utilidade efetiva no novo modelo. Um relatório que apresente apenas o diagnóstico, sem explicitar suas repercussões funcionais, oferece subsídio limitado à avaliação biopsicossocial.

Como criar um relatório médico passo a passo

A elaboração de um relatório médico segue um processo estruturado que conjuga a reunião das informações clínicas, a organização lógica do conteúdo e a redação técnica e objetiva do documento. As etapas a seguir orientam essa construção.

- 1. Reunir as informações clínicas relevantes do paciente.** Antes de redigir, o médico deve recuperar a data de início do acompanhamento, o histórico do quadro, os exames realizados, a terapêutica empregada e a evolução observada. A consulta a um [prontuário](#) bem estruturado é determinante para a precisão e a integralidade do documento.
- 2. Definir a modalidade adequada à finalidade.** O relatório circunstanciado é apropriado para a comprovação da condição clínica no contexto de uma relação assistencial e para a continuidade do cuidado, ao passo que o relatório especializado atende a fins de perícia e exige discussão técnica fundamentada. A escolha correta da modalidade orienta tanto o conteúdo quanto a eventual cobrança de honorários.
- 3. Estruturar o documento de modo lógico.** Recomenda-se a seguinte ordem: identificação do médico e do paciente, conforme os requisitos formais; data de início do acompanhamento; descrição do quadro evolutivo, com remissões e recidivas quando houver; terapêutica empregada ou indicada; diagnóstico, observada a regra de autorização aplicável à modalidade; e prognóstico. No relatório especializado, acrescentam-se os resultados de exames complementares, a discussão técnica fundamentada e a conclusão sobre o fato a comprovar.
- 4. Redigir com clareza e rigor técnico,** empregando terminologia padronizada, distinguindo hipótese diagnóstica de diagnóstico confirmado e evitando abreviações não consagradas, juízos de valor e detalhamento desnecessário de informações sensíveis.

5. **Revisar o documento antes da assinatura.** Erros de identificação, datas incorretas ou inconsistências entre a descrição clínica e a conclusão podem comprometer a validade e a credibilidade do relatório. A revisão cuidadosa é prática indispensável.
6. **Assinar o documento de acordo com o formato.** Documentos manuscritos exigem assinatura e carimbo ou número de registro no CRM; documentos eletrônicos exigem assinatura digital qualificada, realizada com [certificado padrão ICP-Brasil](#). A inadequação da assinatura compromete a validade jurídica do documento.

Modelos prontos de relatório médico

Para ajudar na emissão de relatórios em sua rotina clínica, disponibilizamos para download um PDF com modelos prontos de relatório médico (circunstanciado e especializado). Os modelos são referenciais e devem ser sempre ajustados à situação clínica concreta. Clique e baixe gratuitamente:

Relatório médico digital e validade jurídica

O relatório médico pode ser elaborado e emitido em formato digital, com plena validade jurídica, desde que observados os requisitos estabelecidos pela legislação e pelas normas do CFM. A Resolução CFM nº 2.381/2024 determina que documentos médicos eletrônicos exigem **assinatura digital qualificada**, realizada com certificado emitido pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil). Essa exigência assegura a autenticidade do documento, a identidade do signatário e a integridade do conteúdo, de modo que o relatório não possa ser alterado após a assinatura sem que isso seja detectável.

Disso decorre uma consequência relevante: um relatório gerado em formato PDF, mas desprovido de assinatura digital qualificada, não é reconhecido legalmente como documento médico eletrônico válido. O arquivo pode reproduzir o conteúdo técnico, mas não oferece, por si só, os mecanismos legais de autenticação, autoria e integridade exigidos.

O Conselho Federal de Medicina disponibiliza gratuitamente o certificado digital em nuvem aos médicos brasileiros registrados, o que elimina a necessidade de aquisição de certificado físico para a assinatura de documentos eletrônicos. Confira [neste artigo](#) o guia sobre como solicitá-lo. A adoção do formato digital, além de atender às exigências normativas, oferece vantagens práticas, como a impossibilidade de extravio, a proteção contra alterações posteriores e a facilidade de envio seguro ao paciente.

Erros comuns na elaboração de relatórios médicos

A qualidade e a validade do relatório médico podem ser comprometidas por falhas recorrentes, cujo conhecimento permite preveni-las.

- **Dados clínicos insuficientes ou desorganizados**, sem apresentação adequada do histórico, da terapêutica e da evolução. A ausência de fundamentação técnica enfraquece o documento e dificulta sua interpretação por outros profissionais, peritos ou instituições.
- **Incoerência entre os dados apresentados e a conclusão**, situação que gera contradições e fragiliza a credibilidade técnica do relatório. A conclusão deve guardar correspondência clara com a descrição clínica que a precede.
- **Falta de estrutura lógica e ausência de elementos formais obrigatórios**, como o CPF do paciente, o RQE, quando aplicável, ou os dados de contato profissional, além do uso de assinatura inadequada ao formato, que comprometem a validade do documento e podem ensejar o questionamento de sua autenticidade.
- **Erros de digitação, falhas ortográficas e uso de abreviações não consagradas**, que reduzem a clareza e a confiabilidade do documento.
- **Inclusão de juízos de valor sem fundamentação clínica**, de informações não verificadas ou de detalhamento sensível desnecessário, que descaracteriza a finalidade técnica do relatório.
- **Confusão entre as categorias documentais**, como a emissão de um relatório quando a finalidade exigiria um laudo, ou vice-versa, bem como o tratamento indistinto entre relatório circunstanciado e especializado, que pode resultar em documento inadequado ao fim pretendido e em equívocos quanto à cobrança de honorários.

Responsabilidade ética, civil e penal do médico

A emissão de relatório médico, por se tratar de documento dotado de presunção de veracidade, gera responsabilidades em três esferas distintas, cujo conhecimento é indispensável à prática segura da medicina.

Esfera ético-profissional

O Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018)^[7], em seu Capítulo X, estabelece vedações expressas relacionadas à emissão de documentos médicos. O Art. 8º proíbe o médico de expedir documento sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade. A infração a essas normas pode ensejar processo ético-profissional perante o Conselho Regional de Medicina, com sanções que variam da advertência confidencial à cassação do exercício profissional, nos termos da Lei nº 3.268/1957^[8].

Esfera civil

O relatório falso, incompleto ou tecnicamente inadequado pode gerar responsabilidade quando causar dano ao paciente, ao solicitante ou a terceiros que tenham tomado decisões com base em informações incorretas, com possível obrigação de indenizar danos materiais e morais. A exposição indevida de informação diagnóstica sensível, em desacordo com a proteção do sigilo, também pode ensejar responsabilização.

Esfera penal

A inserção de declaração falsa ou a omissão de informação que deveria constar em documento médico pode caracterizar falsidade ideológica, nos termos do Art. 299 do Código Penal^[9]. Quando o documento falso é utilizado para a obtenção indevida de benefício, pode haver responsabilização por estelionato, com agravamento da pena quando praticado contra entidade pública. A proteção mais eficaz contra esses riscos é a aderência rigorosa ao Código de Ética Médica e à Resolução CFM nº 2.381/2024, combinada com a manutenção de prontuário detalhado que documente o ato profissional que fundamentou a emissão do relatório.

Como o HiDoctor facilita a emissão de relatórios médicos

A integração entre o conhecimento normativo e o fluxo prático de emissão de documentos é o que assegura, no cotidiano, a conformidade do atendimento. O HiDoctor oferece infraestrutura completa para que médicos e clínicas elaborem relatórios médicos com agilidade, precisão e plena conformidade com as normas.

A [biblioteca de textos](#) do sistema permite criar, armazenar e personalizar modelos de relatório, com inserção automática de dados do paciente e do profissional por meio de macros, reduzindo o tempo de preenchimento e o risco de erros de digitação. O médico pode configurar modelos distintos para o relatório circunstanciado e para o especializado, bem como para as finalidades mais frequentes em sua especialidade.

A Classificação Internacional de Doenças está integrada diretamente ao prontuário eletrônico, com busca por código ou por nome da condição, de modo que o diagnóstico selecionado seja vinculado ao registro do atendimento, com a especificidade adequada e observada a regra de autorização aplicável.

Para a emissão de documentos digitais, a [assinatura digital](#) é realizada diretamente no sistema, com certificado padrão ICP-Brasil, em mídia física ou em nuvem, atendendo à exigência da Resolução CFM nº 2.381/2024 para documentos eletrônicos. Os controles de acesso asseguram que os dados clínicos não estejam visíveis a usuários sem permissão e que registros consolidados não possam ser alterados retroativamente sem rastreabilidade, contribuindo para a integridade exigida pela legislação. Todos os documentos emitidos ficam armazenados no prontuário eletrônico do paciente, permitindo rastreabilidade e conformidade com os prazos de guarda.

Nos links abaixo, é possível acessar materiais complementares sobre a emissão de documentos médicos no HiDoctor. No vídeo você confere como fazer a assinatura digital no software:

- [Como emitir atestados, declarações e pedidos de exames e procedimentos no software médico](#)
- [Como emitir documentos digitalmente pelo HiDoctor com assinatura digital](#)

Perguntas frequentes sobre relatório médico

Qual a diferença entre relatório médico e laudo médico?

O relatório médico descreve a condição clínica do paciente, seu histórico, os tratamentos realizados e o prognóstico; seu objeto é o paciente. O laudo médico descreve e conclui sobre o resultado de um exame complementar específico; seu objeto é o exame. Documentos popularmente chamados de "laudo", como o de comprovação de deficiência, são, tecnicamente, relatórios médicos.

O médico pode cobrar pela emissão de um relatório médico?

Depende da modalidade. O relatório circunstanciado não comporta majoração de honorários quando o paciente está em acompanhamento regular por até seis meses, podendo ser cobrado após esse intervalo. O relatório especializado, destinado a fins de perícia, comporta cobrança de honorários quando emitido em serviço privado. A gratuidade obrigatória aplica-se ao atestado, não ao relatório.

O relatório médico precisa conter a CID?

No relatório circunstanciado, o diagnóstico codificado pela CID é incluído mediante autorização expressa do paciente, recomendando-se o registro dessa autorização em prontuário. No relatório especializado, a informação diagnóstica integra a finalidade do documento, dada sua destinação pericial, observados sempre a pertinência à finalidade e os limites do sigilo.

Qual é a diferença entre relatório circunstanciado e relatório especializado?

O relatório circunstanciado é emitido pelo médico que presta ou prestou atendimento ao paciente, com foco no acompanhamento e na continuidade do cuidado. O relatório especializado destina-se a fins de perícia, pode ser solicitado por requerente assistido ou não pelo médico e exige discussão técnica fundamentada na literatura científica e na legislação aplicável.

O relatório médico serve para comprovar deficiência?

Sim. O documento adequado para comprovar deficiência é o relatório médico ou o relatório médico especializado, e não o laudo. Desde março de 2026, com a obrigatoriedade da avaliação biopsicossocial unificada, o relatório deve descrever não apenas o diagnóstico, mas o impacto funcional da condição sobre a vida do paciente e as barreiras enfrentadas.

O relatório médico substitui o atestado no pedido de benefício ao INSS?

Não. No Atestmed, o documento central do requerimento é o atestado médico, que indica o período de afastamento e o diagnóstico. O relatório médico e os laudos de exames atuam como documentos de apoio, instruindo e reforçando o pedido. Cada documento cumpre função própria e não há substituição entre eles.

O relatório médico digital tem a mesma validade do físico?

Sim, desde que assinado com certificado digital padrão ICP-Brasil, conforme exige a Resolução CFM nº 2.381/2024 para documentos médicos eletrônicos. A assinatura digital qualificada garante autenticidade, integridade e autoria, conferindo ao documento plena validade jurídica.

O relatório médico, compreendido em seu sentido técnico preciso, é o instrumento por meio do qual o médico descreve e fundamenta a condição clínica do paciente, distinguindo-se do laudo, que se refere ao exame, e do atestado, que certifica de modo sumário um fato. A Resolução CFM nº 2.381/2024 reorganizou essa matéria ao reconhecer duas modalidades — o relatório circunstanciado e o especializado —, cada uma com finalidade, conteúdo e regras de honorários próprios, superando concepções hoje imprecisas, como a da gratuidade universal do documento.

A emissão correta do relatório exige domínio normativo atualizado, atenção aos requisitos formais, descrição clínica precisa e clareza quanto à finalidade pretendida, especialmente nos contextos previdenciário e de comprovação de deficiência, em que as transformações recentes — o Novo Atestmed e a avaliação biopsicossocial — alteraram o que se espera do conteúdo do documento. Profissionais que dominam essas distinções e as integram à sua rotina por meio de sistemas médicos especializados estão melhor posicionados para oferecer atendimento de qualidade, com segurança jurídica e conformidade regulatória.

Conte com o HiDoctor para garantir que a emissão de relatórios e demais documentos médicos em sua prática clínica seja realizada com agilidade, precisão e o mais alto padrão técnico.

O **HiDoctor** é o único sistema multiplataforma para consultórios e o software mais utilizado por médicos e clínicas no Brasil. A Centralx conta com mais de 30 anos de experiência no desenvolvimento de tecnologias para a área médica.



Conheça o HiDoctor®:
software médico completo
para todas as plataformas

Quero conhecer

0800 979 0400

Centralx®

Referências

- [1] RESOLUÇÃO CFM nº 2.381/2024.
- [2] LEI nº 13.709/2018 (LGPD).
- [3] PORTARIA CONJUNTA MPS/INSS nº 13/2026.
- [4] RESOLUÇÃO CNJ nº 630/2025.
- [5] LEI nº 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão).
- [6] LEI nº 8.742/1993 (LOAS).

[7] RESOLUÇÃO CFM nº 2.217/2018 (Código de Ética Médica).

[8] LEI nº 3.268/1957.

[9] DECRETO-LEI nº 2.848/1940 (Código Penal).

Artigo original disponível em:

"Relatório Médico - como criar, quando emitir e modelo prático " - HiDoctor News

***Centralx*®**