



Código Atestado Nº: :CodigoAtestado

Sr(a): :pac\_nome  
na unidade :clinica para consulta em :data das :hora\_entrada as :hora\_saida horas.

Devendo:

- ( ) Retomar suas atividades.
- ( ) Permanecer em repouso por :dias\_repouso dias a partir de hoje.

Solicito e Autorizo o fornecimento do C.I.D 10

C.I.D.: :cid

:cidade, :dia de :mes de :ano.

Assinatura do Médico/Profissional Prescritor:

.....

:end\_clinica - :cidade\_clinica - :estado\_clinica - cep: :cep\_clinica.