



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde
Unidade de Saúde _____

ATESTADO DE SAÚDE

Atesto para fins _____

que _____

Se encontra no momento, em boa saúde física e mental, não sendo portador (a) de moléstia Infecto-contagiosa constatável ao exame clínico.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo do Médico



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde
Unidade de Saúde _____

ATESTADO DE SAÚDE

Atesto para fins _____

que _____

Se encontra no momento, em boa saúde física e mental, não sendo portador (a) de moléstia Infecto-contagiosa constatável ao exame clínico.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo do Médico



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde
Unidade de Saúde _____

ATESTADO DE SAÚDE

Atesto para fins _____

que _____

Se encontra no momento, em boa saúde física e mental, não sendo portador (a) de moléstia Infecto-contagiosa constatável ao exame clínico.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo do Médico



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde
Unidade de Saúde _____

ATESTADO DE SAÚDE

Atesto para fins _____

que _____

Se encontra no momento, em boa saúde física e mental, não sendo portador (a) de moléstia Infecto-contagiosa constatável ao exame clínico.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo do Médico