



Governo do Distrito Federal  
Secretaria de Estado de Saúde  
Unidade de Saúde \_\_\_\_\_

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o ( a )

Sr. (a) \_\_\_\_\_

Foi atendido (a) na Unidade de \_\_\_\_\_

do \_\_\_\_\_ no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

às \_\_\_\_\_ horas. Necessitando de \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) dias de repouso.

CID: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico



Governo do Distrito Federal  
Secretaria de Estado de Saúde  
Unidade de Saúde \_\_\_\_\_

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o ( a )

Sr. (a) \_\_\_\_\_

Foi atendido (a) na Unidade de \_\_\_\_\_

do \_\_\_\_\_ no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

às \_\_\_\_\_ horas. Necessitando de \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) dias de repouso.

CID: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico



Governo do Distrito Federal  
Secretaria de Estado de Saúde  
Unidade de Saúde \_\_\_\_\_

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o ( a )

Sr. (a) \_\_\_\_\_

Foi atendido (a) na Unidade de \_\_\_\_\_

do \_\_\_\_\_ no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

às \_\_\_\_\_ horas. Necessitando de \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) dias de repouso.

CID: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico



Governo do Distrito Federal  
Secretaria de Estado de Saúde  
Unidade de Saúde \_\_\_\_\_

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o ( a )

Sr. (a) \_\_\_\_\_

Foi atendido (a) na Unidade de \_\_\_\_\_

do \_\_\_\_\_ no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

às \_\_\_\_\_ horas. Necessitando de \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) dias de repouso.

CID: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico