



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