











## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que
esteve no dia de
hoje, neste consultório apresentando quadro clínico compatível com
patologia codificada sob o CID necessitando
afastar-se de suas atividades funcionais por
um período de() dias a partir da data de hoje.
Castanhal-PA,/20
Médico(a) CRM-PA
* Solicito/Autorizo o preenchimento do CID-10 pelo médico: Assinatura paciente:
UPA 3 24HS: BR 316, KM 65, S/N, Esquina Com Rua Raimundo Nonato Vasconcelos

Castanhal-PA | upacastanhal@hotmail.com

## **ATESTADO MÉDICO**

				esteve no	
				clínico compatív	el con
patologia co	dificada	sob o CID		neces	ssitando
afastar-se	de	suas	atividades	funcionais	ро
um período d	le	_(	) dias a pa	rtir da data de ho	oje.
			Castanh	nal-PA,/	_/20
			co(a) CRM-PA		
k	* Solicito/Au	torizo o pree	nchimento do CID-1	0 pelo médico:	
A	ssinatura pa	ciente:			

UPA 3 24HS: BR 316, KM 65, S/N, Esquina Com Rua Raimundo Nonato Vasconcelos

Castanhal-PA | upacastanhal@hotmail.com