

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: _____

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: _____