

## 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: \_\_\_\_\_