











ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que

		esteve no	dia de
hoje, neste consultório apresentando			
patologia codificada sob o CID		nece	ssitando
afastar-se de suas at	ividades	funcionais	por
um período de(_) dias a pa	artir da data de h	oje.
	Castan	hal-PA,/	_/20
Médico(a) (
* Solicito/Autorizo o preenchime	ento do CID-1	LO pelo médico:	
Assinatura paciente:			

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que	
esteve no	dia de
hoje, neste consultório apresentando quadro clínico compatív	/el con
patologia codificada sob o CID nece	ssitando
afastar-se de suas atividades funcionais	ро
um período de() dias a partir da data de ho	oje.
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 Vasconcel	

Castanhal-PA | upacastanhal@hotmail.com

UPA 3 24HS: BR 316, KM 65, S/N, Esquina Com Rua Raimundo Nonato Vasconcelos Castanhal-PA | upacastanhal@hotmail.com