



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UPA MOACYR SCLiar

## ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins que o/a Sr(a). \_\_\_\_\_

recebeu atendimento neste/a \_\_\_\_\_

no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, e necessita afastamento de suas atividades por \_\_\_\_

dias, a partir de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Observação: É vedado ao médico revelar o CID e diagnóstico, salvo se autorizado pelo paciente ou responsável legal, conforme artigo 73 do Código de Ética Médica.

***“O atendimento de Emergência não substitui a necessidade do acompanhamento ambulatorial”***

Recomenda-se revisão médica com: ☐ Médico da Unidade Sanitária

☐ Médico Assistente

☐ Médico da Empresa

☐ \_\_\_\_\_

DATA  ____ / ____ / ____	NOME DO MÉDICO, CRM E ASSINATURA Francisco Schneider da Cunha Médico CRM/RG 47587
--------------------------------	--

Autorizo a divulgação do diagnóstico (CID)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável legal