



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Unidade de Saúde: _____

ATESTADO DE SAÚDE

Atesto para fins _____

que _____

Se encontra no momento, em boa saúde física e mental,
não sendo portador (a) de moléstia Infecto-contagiosa,
constatável ao exame clínico.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo do Médico