



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade de Saúde \_\_\_\_\_

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a)

Sr.(a) \_\_\_\_\_

Foi atendido (a) na Unidade de \_\_\_\_\_

do \_\_\_\_\_ no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

às \_\_\_\_\_ horas. Necessitando de \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) dias de repouso.

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Assinatura e Carimbo do Médico*