

MOD. 66.05

CC.: 40346

MED. 105 X 148

## 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	
Toraterialao (a) na ome	
do	no dia//
às	horas. Necessitando de
(	) dias de repouso.
CID:	
Data://	_
	. Assinatura e Carimbo do Médico

01/2014

NÚCLEO DE PRODUÇÃO GRÁFICA / SES