



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