



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

## ATESTADO MÉDICO

O Sr (a) \_\_\_\_\_  
Esteve em consulta hoje às \_\_\_\_\_ horas  
Necessita afastar-se de suas ocupações por \_\_\_\_\_ dias no período de  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ por motivo de saúde.

C. I. D. \_\_\_\_\_

Maringá, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA/ CARIMBO

**AUTORIZO A COLOCAÇÃO DE  
CID NO ATESTADO**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

## ATESTADO MÉDICO

O Sr (a) \_\_\_\_\_  
Esteve em consulta hoje às \_\_\_\_\_ horas  
Necessita afastar-se de suas ocupações por \_\_\_\_\_ dias no período de  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ por motivo de saúde.

C. I. D. \_\_\_\_\_

Maringá, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA/ CARIMBO

**AUTORIZO A COLOCAÇÃO DE  
CID NO ATESTADO**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_