



# 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 \_\_\_\_\_

OBS: CID (não obrigatório segundo Portaria 3.270/ 4 (do MPAS) e Resolução 1190/ 80 (do CFM)).