



Prefeitura Municipal de Campo Alegre

Secretaria de Saúde e Desenvolvimento

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido que o(a) Sr.(a) _____

_____ Ident. ou registro

foi atendido(a) _____ Clinica ou Serviço

do _____ Hospital - Ambulatório

no dia ____/____/____ às ____ horas necessitando de _____ (

_____) dias de repouso, por motivo de doença.
por extenso

CID _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Local e Data

Assinatura do Médico - Odontológico
(Carimbo contendo nome completo e registro CRM - CRO)