



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SANTO ANTONIO DE POSSE - SP



ATESTADO

Nome: _____

Vem para:

☐ Acompanhar Paciente

☐ Consulta

☐ Coleta de Exames

☐ Esteve em atendimento de _____ às _____ h
Devendo retornar imediatamente ao trabalho.

☐ Deverá afastar - se do trabalho por () _____
dias a partir da data de hoje. por extenso

CID: _____

Autorizo a divulgação do CID.

Assinatura do Paciente

Data: ____/____/____

Ass. do Profissional



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SANTO ANTONIO DE POSSE - SP



ATESTADO

Nome: _____

Vem para:

☐ Acompanhar Paciente

☐ Consulta

☐ Coleta de Exames

☐ Esteve em atendimento de _____ às _____ h
Devendo retornar imediatamente ao trabalho.

☐ Deverá afastar - se do trabalho por () _____
dias a partir da data de hoje. por extenso

CID: _____

Autorizo a divulgação do CID.

Assinatura do Paciente

Data: ____/____/____

Ass. do Profissional