

ATESTADO MÉDICO

Nº

Série
A

HORÁRIO DE CHEGADA: _____

HORÁRIO DE SAÍDA: _____

O(A) SR(A). _____

R.G. _____ COMPARECEU A ESTE SERVIÇO DE SAÚDE PARA:

CONSULTA

ACOMPANHAR FAMILIAR

MARCAR / FAZER / RETIRAR EXAME

FISIOTERAPIA

INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE ____/____/____ A ____/____/____

CIRURGIA AMBULATORIAL EM ____/____/____

OUTROS _____

OUTROSSIM, ATESTAMOS QUE:

NADA APRESENTA QUE IMPOSSIBILITE SEU RETORNO AO TRABALHO

DEVERÁ PERMANECER EM REPOUSO NO PERÍODO DA MANHÃ

DEVERÁ PERMANECER EM REPOUSO NO PERÍODO DA TARDE

DEVERÁ PERMANECER EM REPOUSO NO DIA DE HOJE

DEVERÁ PERMANECER EM REPOUSO POR _____ (_____) DIAS

CID

ASSINATURA DO PACIENTE

A APOSIÇÃO DO CID (CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS) NESTE DOCUMENTO DEVERÁ NECESSARIAMENTE TER CIÊNCIA E FORMAL CONCORDÂNCIA DO PACIENTE.

A APM NÃO SE RESPONSABILIZA PELO CONTEÚDO DESTA ATESTADO, O QUAL DEVE SER PREENCHIDO E ASSINADO POR UM MÉDICO DEVIDAMENTE INSCRITO NO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (CRM).

LOCAL E DATA:

_____, ____ de _____ de _____

ASSINATURA E CARIMBO COM CRM DO MÉDICO:

TELEFONE: _____