



ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA

FEDERADA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

Tel: (11) 3188-4265

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278 - CEP 01318-901 - São Paulo/SP



ATESTADO MÉDICO

Nº

Série

A

PARA FINS DE: _____

ATESTO QUE O(A) SR(A). _____

_____ PORTADOR(A) DO DOCUMENTO

_____ COM IDADE

DE _____ ANOS, ESTADO CIVIL _____ PROFISSÃO _____

_____ FOI CLINICAMENTE EXAMINADO(A), SENDO

CONSTATADO QUE _____

ESTÁ APTO(A) INAPTO(A) A EXERCER A FUNÇÃO DE: _____

EXAMES COMPLEMENTARES A QUE FOI SUBMETIDO(A): _____

CID

LOCAL

DATA

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE

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

ASSINATURA E CARIMBO COM CRM DO MÉDICO

TELEFONE: _____