



PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPÍRITO SANTO DO PINHAL
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO

Unidade _____

Atestado Médico e Odontológico

Atesto para os devidos fins que o Senhor (a) _____

_____ Compareceu

nesta unidade de Saúde às ____ h ____ min. Para:

- () Consulta
- () Acompanhar Familiar
- () Pequena Cirurgia
- () Outros _____

Paciente necessita da seguinte conduta:

- () Retorno Imediato às suas atividades.
- () Permanecer afastado(a) nesta data no período da manhã.
- () Permanecer afastado(a) nesta data no período da tarde.
- () Permanecer afastado (a) por _____ () dias a contar desta data.

Patologia CID _____

Espírito Santo do Pinhal _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura e Carimbo do Médico ou Dentista