CIDADE DE SÃO PAULO
SAÚDE

Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde

SUS

(identificação unidade de saúde)

Atestado Médico

Atesto que o(a) paciente: _____

_____,

portador(a) de _____,

necessita de _____ (_____) dias de afastamento do trabalho a partir desta data por motivo de doença.

Esteve neste serviço de saúde dia _____/_____/_____ das _____ às _____ hs até o dia _____/_____/_____ das _____ às _____ hs.

- ☐ Para atendimento sem afastamento.
- ☐ Para atendimento, devendo permanecer em repouso hoje.
- ☐ Para atendimento, devendo permanecer afastado por _____ dias a partir desta data.
- ☐ Acompanhando o paciente _____ _____.
- ☐ Em internação hospitalar desde o dia _____/_____/_____.

(C.I.D.) _____ ou diagnóstico: _____.

São Paulo, _____/_____/_____

_____
Assinatura e carimbo do Médico ou Odontólogo/(CRM - CRO)

Autorizo divulgação
do C.I.D. ou diagnóstico _____
Assinatura do paciente

CIDADE DE SÃO PAULO
SAÚDE

Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde

SUS

(identificação unidade de saúde)

Atestado Médico

Atesto que o(a) paciente: _____

_____,

portador(a) de _____,

necessita de _____ (_____) dias de afastamento do trabalho a partir desta data por motivo de doença.

Esteve neste serviço de saúde dia _____/_____/_____ das _____ às _____ hs até o dia _____/_____/_____ das _____ às _____ hs.

- ☐ Para atendimento sem afastamento.
- ☐ Para atendimento, devendo permanecer em repouso hoje.
- ☐ Para atendimento, devendo permanecer afastado por _____ dias a partir desta data.
- ☐ Acompanhando o paciente _____ _____.
- ☐ Em internação hospitalar desde o dia _____/_____/_____.

(C.I.D.) _____ ou diagnóstico: _____.

São Paulo, _____/_____/_____

_____
Assinatura e carimbo do Médico ou Odontólogo/(CRM - CRO)

Autorizo divulgação
do C.I.D. ou diagnóstico _____
Assinatura do paciente