



PREFEITURA MUNICIPAL DE SERTÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
RUA REINALDO SBARDELOTTO, 499 – FONE/FAX: (54) 3345-1318

ATESTADO

PROFISSIONAL

ESCOLAR

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O(a)
PACIENTE

NECESSITA DE _____ DIAS DE
AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

CID:

Obs.: “É vedado ao médico revelar o CID e diagnóstico, salvo se
autorizado pelo paciente ou responsável legal, conforme art. 73 do
Código de Ética Médica.

Médico/CRM

_____/_____/_____