



PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE CAMPOS DO JORDÃO
ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o

Paciente _____
por mim atendido nesta data, encontra-se:

- ☐ Esteve em consulta das _____ às _____
- ☐ Apto para o trabalho e retorna ao mesmo;
- ☐ Inapto para o trabalho no dia de hoje;
- ☐ Impossibilitado de trabalhar por um período de _____ dias a contar da presente data;
- ☐ Em estado de higidez física e mental;
- ☐ Está apto a frequentar ginásios, saunas e piscinas e a praticar esportes e ginásticas de solo;
- ☐ Não deve frequentar aulas ou permanecer em coletividade durante _____ dias, a partir desta data.
- ☐ Portador de doença infecto-contagiosa.

(Este atestado só é válido quando apenas uma alternativa for assinada)

Código CID: _____

Campos do Jordão, _____ de _____ de _____

**Assinatura do médico sob
carimbo com CRMSP**

3