

## ATESTADO MÉDICO

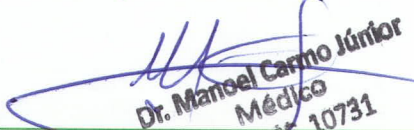
Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que

Julio com Costa Lima

\_\_\_\_\_, portador do  
RG.: \_\_\_\_\_, foi submetido à  
consulta médica nesta data, no horário das  
\_\_\_\_\_ horas, sendo portador da afecção CID-10  
\_\_\_\_\_.

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas  
atividades laborativas por um período de 01  
(uma) dias, a partir desta data.

21, 08, 24

  
Dr. Manoel Carmo Júnior  
Médico  
CREMÉC 10731  
Assinatura e Carimbo do Médico

Eu, \_\_\_\_\_,  
autorizo o Dr(a). \_\_\_\_\_,  
a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste  
atestado médico.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável