# ATESTADO MÉDICO

Afastamento de Atividades

Código: AT.MED.AFAST
Versão: 02

| 01. **NOME COMPLETO DO(A) PACIENTE** | 02. **CPF** |
|---|---|
| _____ | _____ |

Atesto, para os devidos fins, que o(a) paciente acima identificado(a) necessita afastar-se de suas atividades pelo período indicado abaixo, para recuperação de sua saúde.

**PERÍODO DE AFASTAMENTO**

| 03. **QUANTIDADE DE DIAS** | 04. **POR EXTENSO** |
|---|---|
| 05. **DATA INICIAL** ___/____/_____ | 06. **DATA FINAL** ____/____/_____ |

07. **CID** - (*Preencher Somente com Autorização):*

_____

08. **AUTORIZAÇÃO PARA INCLUSÃO DO CID**

*Assinale Abaixo a Condição para Autorização:*

*( ) Paciente autorizou expressamente*

*( ) Resentante legal, quando aplicável, autorizou expressamente*

*( ) Inclusão legal ou eticamente fundamentada abaixo justificada:*

09. *Justifcativa:*

_____

10. Sete Lagoas - MG, _____ de _____ de _____.

_____

**11. Assinatura/ CRM**