

MÉDICO: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

CEP: _____

CIDADE/UF _____

ATESTADO MÉDICO

Atesto que _____,
portador da Cédula de Identidade nº _____ / _____, inscrito no
CPF/MF sob nº _____, foi submetido(a) a consulta médica nesta
data, constatando-se apresentar a afecção CID-10 _____

_____,
assim descrita (descrição em relação ao grau ou nível de deficiência): _____

Curitiba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Médico
(Carimbo com nome e CRM)