



ATESTADO MÉDICO

PARA: NOME DO PACIENTE

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) PACIENTE SUPRACITADO ESTEVE EM CONSULTA MÉDICA NESTA DATA, ESTANDO IMPOSSIBILITADO(A) DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS PELO PERÍODO DE _____ DIAS.

CID -

DATA:

DR. LEANDRO FROES BATISTA

NEUROCIRURGIÃO

CRMMG 76982 | RQE 61846

Irmandade Nossa Senhora das Mercês

Praça Honorato Alves, 22 – Centro

39400-103 Montes Claros – MG

fone (38) 32292000

fax (38) 32292416

e-mail santacasa@santacasa2000.com.br