



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ATESTADO MÉDICO AO PACIENTE**

ATESTO PARA FINS LABORAIS QUE O PACIENTE  
\_\_\_\_\_ APRESENTA  
SINTOMAS DE SÍNDROME GRIPAL CID 10 \_\_\_\_\_ E CONFORME  
RECOMENDAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, VISTO A PANDEMIA DE CORONAVIRUS  
(COVID-19), POSSUI INDICAÇÃO MÉDICA PARA AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
LABORIAS POR \_\_\_\_\_ DIAS ENTRE OS DIAS  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ À \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**AUTORIZO A DIVULGAÇÃO DE CID E DIAGNÓSTICO NESTE ATESTADO:**

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do paciente)

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Carimbo e Assinatura do Médico)