



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## ATESTADO DE SAÚDE

*ATESTO que \_\_\_\_\_*

*não sofre de doença infecta-contagiosa ou repulsiva, não tem lesão dos órgãos  
da visão e audição e não tem defeito físico ou mental que \_\_\_\_\_ impeça de*

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MÉDICO