



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO DE ARAPIRACA**

**FORMULÁRIO DE ATESTADO MÉDICO PARA
CONCESSÃO DE PASSE LIVRE MUNICIPAL**

Atesto para os devidos fins de concessão da **Carteira de Passe Livre** que o paciente

_____ possui diagnóstico de

_____ com CID-10 _____.

A patologia acarreta:

- () Incapacidade
- () Limitação
- () Sem comprometimento

Qual?

Necessita de acompanhante? () SIM () NÃO

DATA: ____/____/____

Médico/CRM