



LAUDO MÉDICO

Declaro que o(a) Sr(a) _____

foi submetido ao procedimento médico _____

Declaro ainda que o(a) mesmo(a) estará impossibilitado(a) de exercer suas atividades acadêmicas/escolares no período de _____

(por extenso)
dias, a partir de ____ / ____ / _____ por motivo de doença (CID):
(_____).

_____, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do Médico (após carimbo)

CRM/UF: _____

O presente documento é fornecido com ciência dos dispositivos legais vigentes (Código Penal, Artigo 302), encontrando-se laudo detalhado sobre o caso à disposição de quem, de direito, possa interessar.