

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o Sr(a) _____

_____ é portador da patologia (CID) _____

e da incontinência (CID) _____, tem a necessidade de utilizar fraldas descartáveis.

Fralda Geriátrica Fralda Infantil
 P M G XG

Quantidade de trocas por dia

1x 2x 3x 4x

Sorocaba, ____/____/____

Carimbo da UBS

Carimbo e CRM (legível)

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o Sr(a) _____

_____ é portador da patologia (CID) _____

e da incontinência (CID) _____, tem a necessidade de utilizar fraldas descartáveis.

Fralda Geriátrica Fralda Infantil
 P M G XG

Quantidade de trocas por dia

1x 2x 3x 4x

Sorocaba, ____/____/____

Carimbo da UBS

Carimbo e CRM (legível)