

Solicitação de Atestado de Tratamento Médico por infecção pelo novo coronavírus

Nome do solicitante: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Solicito a emissão do Atestado de Tratamento Médico com as informações abaixo.

Nome do paciente	
Data de nascimento	de                      de
Endereço	CEP   -
Nome da instalação de repouso e tratamento	
Período de repouso e tratamento	Dia   de                      ~ Dia   de
Período de administração de medicamento de anticorpo neutralizante	Dia   de                      ~ Dia   de
Nº de atestados	_____ atestado(s) (documento segundo modelo da seguradora atestado(s))

<Endereço de envio/consulta>  
CEP: 520-8577, Otsu-shi, Kyomachi 4-1-1  
Divisão de Contramedidas de Doenças Infecciosas,  
Departamento de Saúde, Medicina e Bem-Estar da  
Província de Shiga  
TEL: 077-528-3582 (dias de semana: 8:30~17:15)  
E-mail: [coronataisaku5@pref.shiga.lg.jp](mailto:coronataisaku5@pref.shiga.lg.jp)

# Model

Solicitação de Atestado de Tratamento Médico por infecção pelo novo coronavírus

Nome do solicitante: Taro Shiga

Telefone: 090-1234-5678

Solicito a emissão do Atestado de Tratamento Médico com as informações abaixo.

Nome do paciente	Taro Shiga
Data de nascimento	1 de janeiro de 1990
Endereço	CEP: 520-8577 Otsu-shi, Kyomachi 4-1-1
Nome da instalação de repouso e tratamento	* Insira o nome do hotel de repouso e tratamento médico
Período de repouso e tratamento	1 de janeiro ~ 10 de janeiro
Período de administração de medicamento de anticorpo neutralizante	2 de janeiro ~ 4 de janeiro
Nº de atestados	<u>3</u> atestado(s) (documento segundo modelo da seguradora atestado(s))

\* Preencha caso tenha recebido medicamento de anticorpo neutralizante. Caso não tenha conseguido retornar ao hotel por problemas de saúde, considere o período na acomodação de repouso e tratamento até a data de internação.

Em caso de ida ao hospital por um dia, preencha apenas a data de ida (exemplo: 1 de janeiro - 1 de janeiro)

Em caso de internação por um determinado período, preencha com o período de internação (exemplo: 2 de janeiro – 4 de janeiro)

<Endereço de envio/consulta>  
CEP: 520-8577, Otsu-shi, Kyomachi 4-1-1  
Divisão de Contramedidas de Doenças Infecciosas,  
Departamento de Saúde, Medicina e Bem-Estar da  
Província de Shiga  
TEL: 077-528-3582 (dias de semana: 8:30~17:15)  
E-mail: [coronataisaku5@pref.shiga.lg.jp](mailto:coronataisaku5@pref.shiga.lg.jp)