



ATESTADO MÉDICO

Nome do Paciente:

_____/_____/_____
LOCAL DATA ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTOLÓGO



ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE João Carlos Pereira
local

NECESSITA DE 01) Um DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO
POR EXTENSO

A PARTIR DESTA DATA.

UNIDADE DE SAÚDE LOCAL DATA

02/04/18
[Signature]
Médico CRM/CE 18684
Dr. Carlos José de M. Santos
ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTOLÓGO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES NO ART. 27 DA CLPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 89.312 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DE TRABALHO.



Hospital Dia
Samdel[®]
Segurança e Medicina do Trabalho

HOSPITAL DIA SAMDEL LTDA

SCS Quadra 08, Ed. Venâncio 2000 Bloco 'B' 60

2º SUBSOLO - CEP: 70333-900 - Brasília - DF

FONE: (61) 3212-9600 FAX: (61) 3212-9648

CNPJ: 09.243.050/0001-74 - CF/DF: 07.496.493/001-70

ATESTADO MÉDICO:

NOME: ÂNGELO MOREIRA DA SILVA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE,
O PACIENTE SUPRA CITADO, ENCONTRA-SE
IMPOSSIBILITADO DE EXERCER SUAS
ATIVIDADES LABORAIS NECESSITANDO DE
01 (HUM) DIA DE DISPENSA.

CID-10: J03.9

Dra. Taciana Garcês
Médica
CRM-DF 22.549

02/04/2018

TACIANA ROSA GARCÊS
CRM-DF: 22.549