



**SEM*
S**
Secretaria Municipal de Saúde

**ATESTADO
MÉDICO**

Nome do Paciente:

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTOLÓGO



**SEM*
S**
Secretaria Municipal de Saúde

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE

José Carlos Pereira

heal

NECESSITA DE (*01*) *UM* DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO
POR EXTENSO

A PARTIR DESTA DATA.

UNIDADE DE SAÚDE

LOCAL

DATA

09/04/18

*DR. Karlos José de M. Santos
Médico
CRM/CE 19684*

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTOLÓGO

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