



**ATESTADO MÉDICO**

Nome do Paciente:

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTOLÓGO



# ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE

Cezzi Rosa

Paulo Henrique

NECESSITA DE (01) um DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO  
POR EXTENSO

A PARTIR DESTA DATA.

UNIDADE DE SAÚDE

LOCAL

DATA

26/10/2020

Dr. Eduardo E. Vaz de Faria  
MÉDICO  
CRM-ES/10160

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.