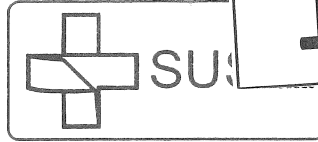




PREFEITURA MUNICIPAL DE
MURIAÉ
ESTADO DE MINAS GERAIS



200/10
12

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ATESTADO MÉDICO

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

Ident. ou Registro

foi atendido(a) _____

Clinica ou Serviço

do _____

Hospital - Ambulatório

no dia ____ / ____ / ____, às _____ horas, necessitando de _____

(_____) de repouso, por motivo de doença.

Por Extenso

CID _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Local e Data

Assinatura do Médico / Odontólogo
(Carimbo contendo nome completo e registro CRM / CRO)

NOTA - Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 27 de CLPS, aprovada pelo decreto N°. 89.312 de 23 / 01 / 84, e resolução CFM-1190/84 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.