

Atestado Médico

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o(a) Sr(a). _____,
portador(a) do documento nº _____, foi atendido(a) em consulta médica nesta
data.

Recomenda-se o afastamento de suas atividades laborais pelo período de _____ dias, a contar de
____/____/_____, por motivo de saúde.

CID: _____

Assinatura e carimbo do médico

CRM: _____

Local e data: ____/____/_____