

ATESTADO MÉDICO

Atesto para _____
que o Sr. (a) _____
portador da Carteira de identidade nº _____ esteve sob
cuidados médicos no dia _____ e deverá se afastar
de suas atividades pelo período de _____ até _____
por motivos de _____

INFORMAÇÕES RELEVANTES:

Local: _____ Data: _____

Carimbo e Assinatura