

# ATESTADO MÉDICO

Atesto, para para fins junto à \_\_\_\_\_,  
que \_\_\_\_\_,  
RG: \_\_\_\_\_

Deve por motivo de doença permanecer afastado(a) do  
trabalho por \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dias.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local e Data

\_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura