



**HOSPITAL MUNICIPAL DE AMERICANA  
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CHAVANTES**



**JUSTIFICATIVA MÉDICA E AFASTAMENTO**

Paciente: \_\_\_\_\_

Data:

Hora de chegada:

Hora de saída:

Compareceu a este Hospital para:

- ( ) Consulta Médica
- ( ) Acompanhar pessoa da família \_\_\_\_\_
- ( ) Entregar / retirar exames auxiliares
- ( ) Nesta data não estava em condições de trabalho
- ( ) Deverá ausentar-se do trabalho por \_\_\_\_\_ dias, a contar desta data.
- ( ) Foi justificada a procura de nossos serviços, devendo retornar imediatamente ao trabalho.
- ( ) Outros \_\_\_\_\_

Observar o disposto na lei Estadual nº 610, de 02/01/1950 e n. 9002 de 26/12/1994.

CID: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente concorda com a colocação do CID no atestado para fins trabalhistas.

Médico/ CRM: \_\_\_\_\_