

ATESTADO MÉDICO

\n

Atesto para os fins de que o(a) Sr(a). aaaaa
portador da Carteira de identidade nº aaaaa esteve
sob cuidados médicos no dia: 2024-11-26 e deverá
se afastar de suas atividades pelo período de:
aaaaa até aaaa por motivos de aaaaa.

Informações adicionais

Local aaaaa Data: 2024-11-26

Carimbo/Assinatura