

# ATESTADO MÉDICO

**VIA DIGITAL**  
VALIDAR EM:  
<https://assinaturadigital.iti.gov.br>

Atesto que o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_,  
encontra-se sob meus cuidados profissionais necessitando de afastamento de suas  
atividades pelo período de \_\_\_\_\_.

Observações:

NOME DO(A) MÉDICO(A): \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
LOCAL DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_  
DATA DE EMISSÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA MÉDICO(A)