



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
FILIA DA CONFEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL



ATESTADO MÉDICO PARA GESTANTE

Atesto que a segurada _____, portadora da
Carteira Profissional nº _____, Série _____, deverá afastar-se do trabalho por um
período de 120 dias, a partir de _____, de conformidade com o que dispõem o parágrafo
1º do Art. 392 da Consolidação das Leis do Trabalho e o Art. 3º do Decreto Nº. 75.207/75

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico - CRM

