

---

## ATESTADO MÉDICO

---

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr. (a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ sendo necessário o  
seu afastamento do local de trabalho por \_\_\_\_\_ ( ) dia, a partir de \_\_\_\_\_,  
tendo como causa do atendimento neste dia.

-----  
Código da Doença

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico

Hapclínica Silves  
Av. Silves, Nº 1658 – Bairro: Crespo  
Manaus/AM