



CIDADE DE
GUARULHOS

SECRETARIA DO **TRABALHO**

Secretaria Municipal
de Saúde



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr(a) _____
inscrito no CPF sob o nº _____ e no RG nº _____,
paciente sob meus cuidados, apresenta fraqueza e dores musculares intensas,
não se encontra em condições de trabalho, devendo seu afastamento ser
considerado de _____ dias.

CID _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO
Dr. Kleber
Clínico Geral
CRM/SP 164027