



**ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA
DE RIO VERDE MATERNIDADE AUGUSTA BASTOS**

Fundação: 30-08-1941 - CNPJ - 02.615.078/0001-46

Telefones: (64) 3621-0987 / 3623-0009

Rua Luiz de Bastos, nº401 - Centro - Rio Verde - GO - CEP - 75.901-110

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o Sr (a) _____

Identidade ou Registro

Foi atendido (a) na Associação de Proteção à Maternidade e
Infância - Maternidade Augusta Gomes Bastos

No dia ____ / ____ / ____, às ____ horas, necessitando de ____ (____)
Hospital - Ambulatório

Dias de repouso, por motivo de doença, conforme Lei abaixo.

CID _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Local e Data

Assinatura do Médico
(Carimbo contendo nome completo e Registro CRM/CRO)

NOTA - Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 27 de CLPS, aprovado pelo Decreto nº89.312 de 23/01/84, a resolução CFM - 1190/84 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

-Art. 7º XVIII da C.F./88.

-Para gestantes - Parágrafo 1º art. 392 da CLT e art. 3º do decreto nº75 207/75

Bea Impressão Gráfica Digital - 3621-7380