

(art L.162-4-1-1er al, L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5ème al, L.323-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.613-19, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

**l'assuré(e)**

numéro d'immatriculation 101103381515146161

nom et prénom FERRERA QUEIROZ ANTOINE  
(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) : 60 avenue du Clair

code postal 33180 ville SEISSINS

n° téléphone :

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée ☒ fonctionnaire ☐ profession indépendante ☐ activité non salariée agricole ☐

sans emploi ☐ date de cessation d'activité précisez votre situation

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui ☐ date non ☒

**MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR**

dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai  
afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

**l'employeur**

nom, prénom ou dénomination sociale ST MICROELECTRONICS n° téléphone : 0476426000

adresse 850 Rue Jean BONNET 33920 CLAUX e.mail : stephane.guard@st.com

**les renseignements médicaux**

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : FERRERA QUEIROZ Antoine

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au 

- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)	01/10/2023
et	
- en chiffres	11/10/23

 inclus

sans rapport\* ☒ en rapport\* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse

\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui ☐ à partir du non ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures.)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐ oui ☐ à partir du

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

identification du praticien  
(nom et prénom)

DR CARRIER THERESE

date 06/10/2023 signature du praticien

⇒ 381105734 8

PRN-PRE S3116h