

ATESTADO MÉDICO PARA GESTANTE

ATESTO que a segurada _____
_____, portadora da Carteira Profissional
Nº _____, Série _____, deverá afastar-se do
trabalho por um período de _____ semanas, 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.

HOSPITAL - PAM_____
LOCAL - DATA**AUTORIZO A COLOCAÇÃO DE
CID NO ATESTADO**

Data ____/____/____

Assinatura _____

RG _____

ASS. DO MÉDICO - Nº CRM**ATESTADO MÉDICO PARA GESTANTE**

ATESTO que a segurada _____
_____, portadora da Carteira Profissional
Nº _____, Série _____, deverá afastar-se do
trabalho por um período de _____ semanas, 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.

HOSPITAL - PAM_____
LOCAL - DATA**AUTORIZO A COLOCAÇÃO DE
CID NO ATESTADO**

Data ____/____/____

Assinatura _____

RG _____

ASS. DO MÉDICO - Nº CRM