ATESTADO MÉDICO

Atesto que _____ necessita de _____ (_____) dias de afastamento de suas atividades laborais por motivo de doença.

CID-10: _____

Autorizo a divulgação do CID: _____

ASSINATURA PACIENTE

_____ , ___/___/___

LOCAL DATA

_____

CARIMBO E ASSINATURA

Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 27 de CLPS, aprovado pelo Decreto nº 89.312 de 23/01/1984, Resolução CFM nº 1.190/1984. Será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.