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 do paciente

___/___/___ _____
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.