



# ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR. (A) Bento

Resposta \_\_\_\_\_ IDENT. OU REGISTRO \_\_\_\_\_

FOI ATENDIDO(A) \_\_\_\_\_ CLÍNICA OU SERVIÇO \_\_\_\_\_

DO \_\_\_\_\_ HOSPITAL - AMBULATÓRIO \_\_\_\_\_

NO DIA 20/12/12, AS 14 HORAS, NECESSITANDO DE 05 (CINCO) CINCO POR EXTENSO

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID H224

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

20/12/12  
\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

**Jr. Guilherme Biral**  
CRM 28259

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO  
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM/CRO)

NOTA: Este ATESTADO é valido para as finalidades previstas no art. 27 de CLPS, aprovada pelo decreto nº 89.312 de 23/01/84, E resolução CFM - 1190/84 e será expedido para, Justificativa de 1 à 15 dias de afastamento do trabalho.