

ATESTADO - MÉDICO

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

Tereza Luciano Uden

FOI ATENDIDO (A) _____

UBS

DO _____

NO DIA *27/02/16*, ÀS _____ HORAS NECESSITADO DE *04 proctos*

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVOS DE DOENÇA.

CID *M770*



ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

[Handwritten signature]
[Faint stamp: Dr. Henry C. Lopes, CRM 123456, 19/02/2016]

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTOLÓGICO
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM/CRO)

NOTA - Este atestado é válido para finalidade previstas no art. 27 de CLPS, aprovada pelo decreto n° 89.312 de 23/01/84, e resolução CFM - 1190/84 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.