



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,

foi atendido na Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ ,

no dia \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas,

necessitando de \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) dias de repouso, por

motivo de doença.

CID: \_\_\_\_\_

João Monlevade, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Carimbo Profissional Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura Paciente ou Responsável

**NOTA:** ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 27 DE CLPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 89.312 DE 23/01/84, E RESOLUÇÃO CFM 1190/84 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVAS DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.