

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o Sr.(a) Dulceir

Márcia de Sousa,
IDENT. OU REGISTRO

Foi atendido(a) _____

HOSPITAL
UNIDADE DE SAÚDE
HOSPITAL - Ambulatório - USF

No dia / / às : horas, necessitando de 02 (dois)
Por Extenso

 dias de repouso, por motivos de doença.

CEP: 7.763

Alvorada do Norte-GO, 02 de 02 de 22

Assinatura do Paciente ou Responsável

Alvorada 02/02/22
Local e Data

Assinatura do Médico
(Carimbo contendo nome completo e registro CRR/GO)

Kleiton Ribeiro de Araújo
MÉDICO - MFC
M-GO 29605 / RQE 18017

Gráfica Art Inc. n.º 9 9903 9536

Nota: Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 27 de CLPS, aprovado pelo Decreto N° 89.312 de 23/01/84, e pela resolução CFM-1190/84 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

-Art. 7º, XVIII da C.F./88

-Para gestantes Parágrafo 1º art. 392 da CLT e art. 3º do Decreto nº 75.207/75