



Prefeitura Municipal de Santa Rita do Sapucaí

CEP: 37540-000 - Estado de Minas Gerais



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

54

Atesto, para os devidos fins, que

_____ ,

deverá afastar-se de suas atividades _____

por _____ () dias a partir desta data, por motivos de doença.

CID. _____.

O abaixo assinado declaro que o CID foi anotado neste atestado ao seu pedido.

Assinatura

Santa Rita do Sapucaí, ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico Responsável.