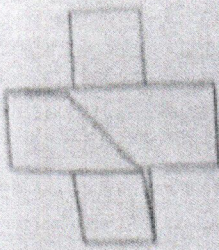


02072021 425



SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR(A) Ará

Paulo da Silva Waldemar PORTADOR DA CARTEIRA

PROFISSIONAL Nº _____ SÉRIE _____ NECESSITA

DE 03 mes) DIAS DE AFASTAMENTO DO

TRABALHO, A PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID K200

CEO Centro
UNIDADE

Jun de Lava, 08/09/2021
LOCAL E DATA

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

NOTA-ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ARTIGO 27 DE CLPS, APROVADA PELO DECRETO Nº 89.312 DE 23/01/84, E RESOLUÇÃO CFM - 1190/84 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.