



PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRA DE MINAS
Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que

deverá afastar-se de suas atividades _____ por

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

CID: _____

O abaixo assinado declara que o CID foi anotado neste atestado, a seu pedido.

Assinatura

Cachoeira de Minas, ____/____/____

_____ Assinatura e Carimbo com CRM do Médico Responsável