

MODELO – ÍTEM 12



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
CONVÊNIO MS-INAMPS-ESTADO PREFEITURA

1

ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE O USUÁRIO(A) _____

PORTADOR DO RG Nº _____

NECESSITA DE _____ (_____) DIAS

De afastamento de trabalho, à partir desta data, por motivo de doença.

Unidade de Saúde de Itariri
CNPJ 46.578.522/0001-76
Hospital/Ambulatório/Posto

_____/_____/_____
Data

Assinatura e Carimbo
CRM

NOTA: Este Atestado é válido para as finalidades prevista no ART.86 do RGPS, aprovada pelo Decreto 60.501, de 14-3-67 e sera expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho