

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o segurado
_____ portador da
carteira de Identidade nº _____ Carteira de trabalho nº
_____ necessita de _____ (_____)
por extenso

dias de dispensa do serviço por doença (CID):

- HOSPITAL MUNICIPAL (Urgência)
- AMBULATÓRIO DO HOSPITAL MUNICIPAL
- CENTROS DE SAÚDE (Nome: _____)

_____/_____/_____
Localidade e Data

Carimbo e Assinatura do Médico ou
Odontólogo