



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SUS

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o(a) Sr.(a) _____

_____, _____ Ident. ou Registro

Foi atendido(a) _____
Clínica ou Serviço

Do _____
Hospital - Ambulatório

No dia ___/___/___, às ___ h, necessitando de ___ (_____)
(Por Extenso)

Dias de repouso, por motivo de doença.

CID _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Local e Data

Assinatura do Médico / Odontológico
(Carimbo contendo nome completo e Registro CRM/CRO)

NOTA - Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 27 da CLPS, aprovada pelo Decreto nº. 89.312 de 23/01/84. E resolução CFM - 1190-84 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do Trabalho.