



(mode lo atestado medico e1 CID)
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

(160 X 215 mm - 63g/m²)



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr. (a) _____
portador da carteira de trabalho nº _____
série _____, necessita de _____ (_____)
dias de afastamento, a partir de _____ / _____ / _____ por motivo de
doença. (Código do diagnóstico conforme o Código Internacional de
Doenças - CID: _____).

Local e Data

Assinatura e Carimbo do Profissional

Nota - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.