

## ATESTADO MÉDICO

Declaro que o Sr. (AQUI VAI O NOME DO PACIENTE), inscrito no CPF sob o nº (CPF DO PACIENTE), paciente sob meus cuidados, não se encontra em condições para o trabalho, devendo seu afastamento ser considerado de (DATA DE INÍCIO) a (DATA DA LIBERAÇÃO).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO)

(NOME) (CRM DO MÉDICO)