



SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTO ANTÔNIO DE POSSE - SP



ATESTADO

Horario de chegada: _____ hs

Horario de saída: _____ hs

O(a) Sr.(ª) _____, compareceu
a este estabelecimento para:

COMUNICAMOS QUE:

- () NADA APRESENTA QUE O IMPOSSIBILITE AO TRABALHO
- () DEVERA PERMANECER EM REPOUSO NO HORÁRIO ACIMA
- () DEVERA PERMANECER EM REPOUSO NO PERÍODO DA MANHÃ
- () DEVERA PERMANECER EM REPOUSO NO PERÍODO DA TARDE
- () DEVERA PERMANECER EM REPOUSO NO DIA DE HOJE
- () DEVERA PERMANECER EM REPOUSO NO PERÍODO DE _____
(_____) DIAS

Assinatura do Paciente

Autorizo a Divulgação do CID

CID: _____

1º - É PROIBIDO POR LEI JUSTIFICAR DIAS ANTERIORES A CONSULTA;

2º - SEJA CAUTELOSO(A) NA EMISSÃO DE ATESTADO;

3º - ESTE ATESTADO É VALIDO PARA A FINALIDADE PREVISTA NO ARTIGO 86 DO RGPS,
APROVADO PELO DECRETO Nº 60501 DE 14/07/1967 E SERA EXPEDIDO PARA
JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DE TRABALHO;

Data: ____ / ____ / ____

Ass. do Profissional