



HOSPITAL ESCOLA  
DR. HÉLVIO JOSÉ DE FARIAS AUTO

ATESTADO DO MÉDICO

Atesto que o segurado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_

Série \_\_\_\_\_, necessita de \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ de

Afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo de doença.

Código C.I.D.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome da Unidade ou Carimbo

\_\_\_\_\_  
Localidade e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico sobre o carimbo e CRM

**NOTA:** Este ATESTADO é válido para as finalidades prevista no art. 86 do R.G.P.S. Aprovado pelo decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.