

Kit Licença p/ Tratar de Familiar Doente

Pág. 3

Anexo III - MODELO DE ATESTADO PARA JUNTA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que _____ (nome do paciente) _____ foi submetido a _____ (intervenção cirúrgica / está em tratamento) _____ em decorrência de _____ (motivo da doença / efermidade) _____ , _____ (CID nº) _____, necessitando de acompanhamento por um período de _____ (ex: 3 (três) dias) _____ , a partir de ____/____/2017. Durante o período será acompanhado por seu (sua) _____ (pai,mãe,filho(a), cônjuge) _____ , Sr (a). _____ (nome do servidor(a) _____, que deverá ausentar-se do trabalho, pois sua assistência pessoal e indispensável, não podendo ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo que ocupa atualmente.

Brusque, _____ de _____ de 2017.

Nome do Médico

Nº do CRM