



Processo

Gestão de Saúde e Qualidade de Vida

Código

F.DSQV.02.00

Folha nº

1/1

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para devidos fins, que _____
necessita de ____ (_____) dias de licença por motivo de doença, a partir
da data abaixo.

CID'(s): _____

Maceió, ____ de _____ de 20____

Autorização

Eu, _____, autorizo o
Dr(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado ou por extenso
neste atestado médico.

Fórum Desembargador Jairo Maia Fernandes
Av. Juca Sampaio, 206. Térreo. Barro Duro
CEP: 57040-600. Maceió-AL.
Telefone: 4009-3699 / 3728
CNPJ 12.473.062/0001-08