



Processo

Gestão de Saúde e Qualidade de Vida

Código

F.DSQV.01.00

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.

Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas - TJAL

Praça Marechal Deodoro, 319 – Centro

CEP: 57020-919, Maceió-AL.

Telefone: 4009-3253 / 3255

CNPJ:12.473.062/0001-08