



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRA DE MINAS**  
**Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social**

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto, para os devidos fins, que

\_\_\_\_\_

deverá afastar-se de suas atividades \_\_\_\_\_ por

\_\_\_\_\_ (\_\_\_) dias a partir desta data, por motivo de doença.

CID: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado declara que o CID foi anotado neste atestado, a seu pedido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Cachoeira de Minas, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo com CRM do Médico Responsável