



### ATESTADO MÉDICO

**PARA:** NOME DO PACIENTE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS O(A) PACIENTE SUPRACITADO(A) , ESTEVE HOJE EM CONSULTA MÉDICA POR MOTIVOS DE SAÚDE, MOTIVOS PELOS QUAIS NECESSITA AUSENTAR-SE DAS SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS POR 3 DIAS.

CID -

**Irmandade Nossa Senhora das Mercês**

Praça Honorato Alves, 22 – Centro  
39400-103 Montes Claros – MG

fone (38) 32292000

fax (38) 32292416

e-mail [santacasa@santacasa2000.com.br](mailto:santacasa@santacasa2000.com.br)