

ATESTADO MÉDICO

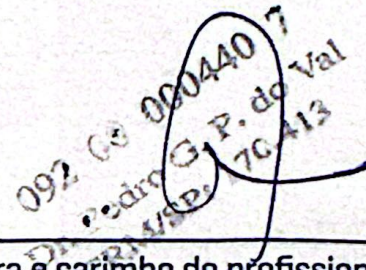
Atesto para os devidos fins que o(a) Sr(a) marcel E. P. do Cruz
Blomina, portador (a) do RG nº _____,
encontra-se impossibilitado de exercer sua atividade laboral, para a qual solicito:

- [] Afastamento do trabalho nesta data, das ____ : ____ às ____ : ____ hs.
[] Afastamento do trabalho por 01 (um) dia.
[X] Afastamento do trabalho pelo período de 07 (sete) dias
(menos de 15 dias), a partir de 29/10/25.
[] Afastamento do trabalhador por mais de 15 (quinze) dias,
a partir de ____ / ____ / ____.
[] Encaminhamento à Perícia do INSS.

Em decorrência de:

- [] Consulta Médica
[] Tratamento Médico
[] Tratamento Cirúrgico
[] Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Terapêutica

Mogi Mirim, 29/10/25


Assinatura e carimbo do profissional - CRM

Eu, _____, abaixo assinado, autorizo o médico a declarar
neste, através do CID, meu diagnóstico, liberando-o portanto da guarda do sigilo profissional.

Assinatura do Paciente

Data: ____ / ____ / ____

CID: M54.5