



# ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr(a). Marcos E. P. de Cruz  
Belomira, 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.
- 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

092-000440-1  
Pedro G. P. de Val  
10/11/13

Assinatura e carimbo do profissional - CRM

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

Assinatura do Paciente

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

M54.5