



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## ATESTADO MÉDICO PARA GESTANTE

Atesto que a segurada \_\_\_\_\_  
portadora da carteira profissional n° \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_  
deverá afastar-se do trabalho por um período de \_\_\_\_\_ dias, a  
partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, de conformidade com o que dispõe o parágrafo  
1° do Art. 392 da consolidação das leis do trabalho e o Art. 3° do decreto n° 75.207/75.

\_\_\_\_\_  
Hospital - PAM

\_\_\_\_\_  
Local - Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico - CRN