

CENTRO MÉDICO COMUNITÁRIO

Rua da Saúde, 10

São Paulo/SP - 00000-000

Tel. (11) 0000-0000

DECLARAÇÃO MÉDICA DE AUSÊNCIA AO TRABALHO

Data: _____

Declaro que _____ compareceu a consulta
médica neste serviço às _____ do dia _____.

Solicita-se justificar a ausência ao trabalho no dia: _____.

Pode retornar ao trabalho em: _____.

Restrições ou atividades a evitar até: _____.

Pode retomar as atividades profissionais sem restrições a partir de:

_____.

Assinatura do médico