

Atesto para os devidos fins, que o(a) Sr.(a) **Jadir Rigotti Junior**, compareceu a esta Unidade Médica, onde verificamos: A impossibilidade de trabalhar por: **1 dia(s)**, a partir desta data.

Eu, **Jadir Rigotti Junior**, portador da cédula de identidade, autorizo o médico **Dr. Davi de Lima E Lima (CRM 18519)** a informar o código internacional de doenças (cid) referente a minha enfermidade neste documento.

Jadir Rigotti Junior

RG:

Notar: Este documento é válido para finalidade prevista no Art. 27 de CLPS aprovado pelo decreto nº 89.312 de 23/01/84. E resolução CFM - 11.910/84 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento de trabalho.

Linhares - ES, 18/12/2023



Davi de Lima E Lima (CRM 18519)