



Estado do Pará
Prefeitura Municipal de São Félix do Xingu
Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE (O) SR. (A) _____

Cemera de Silva Mesquita
IDENT. OU REGISTO _____

FOI ATENDIDO (A) _____

CLÍNICA OU SERVIÇO _____

DO _____

HOSPITAL - AMBULATÓRIO _____

NO DIA 21/09/13 ÀS 8 HORAS, NECESSITANDO DE 15 DIAS
POR EXTENSO

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID _____

Q700

4
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

[Signature]

LOCAL E DATA _____

ASSINATURA DO MÉDICO _____

(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM/)

[Signature]
Dr. Olimpio Barbosa Neto
Médico - USG
2073-PA 169-TO

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES
PREVISTAS NO ART. 27 DE CLPS, APROVADA PELO DECRETO
N.º 89.312 DE 23.01.94 E RESOLUÇÃO CFM 1190.84
E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS
DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.