



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) _____

Adriana Neves Torres

IDENT. OU REGISTO

FOI ATENDIDO (A) _____

CM

CLÍNICA OU SERVIÇO

DO _____

AMSFx

HOSPITAL - AMBULATÓRIO

NO DIA _____

01/02/2021

AS _____

HORAS, NECESSITANDO DE 05 (cinq)

POR EXTENSO

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID _____

R 45

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

STA 01/02/2021

LOCAL E DATA

V. Soares

ASSINATURA DO MÉDICO

(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM/)

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.

Dr. Vladimir G. Chamorro
Médico
CRM 7474-PA

Creante e/4
02/02/2021