



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FÉLIX DO XINGU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

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

Jose Alex Nielela Neto

7130850

IDENT. OU REGISTRO

FOI ATENDIDO (A) UBS Cascaalhen

CLÍNICA OU SERVIÇO

DO _____
HOSPITAL - AMBULATORIO

NO DIA 01, 03, 21 ÀS 8:05 HORAS, NECESSITANDO DE 5 (dias)
POR EXTENSO

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID H 54.5

Jose Alex Nielela Neto
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

UBS Cascaalhen 1/21/2014
LOCAL E DATA

Dra. Liana Kerin Tudela
ASSINATURA DO MÉDICO

(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM/)

NOTA - ESTE ATESTADO É VALIDO 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 SERA EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.