



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) _____

Jose Coelho de Carvalho Filho

IDENT. OU REGISTO

FOI ATENDIDO (A) _____

UBS - VI

CLÍNICA OU SERVIÇO

DO _____

HOSPITAL - AMBULATORIO

NO DIA 04/04/23 ÀS 09 HORAS, NECESSITANDO DE 02 (dois)
POR EXTENSO

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID R 53

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

São Félix do Xingu - PA. 04.04.23

LOCAL E DATA

Dr.^a Yslla Stefany R. Mendes

Médica

CRM-PA 17885

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.