



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FÉLIX DO XINGU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

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

BIBIANO BAMBORA MARRAMA NETO
 IDENT OU REGISTRO

FOI ATENDIDO (A) _____ CLÍNICA OU SERVIÇO

DO *UPA* HOSPITAL - AMBULATORIO

NO DIA *22, 08, 23* AS _____ HORAS, NECESSITANDO DE *01 HORA*

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

S. F. X - PA 22/08/23
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO

(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRADO CRM)

NOTA - ESTE ATESTADO É VALIDO PARA FINALIDADES
 PREVISTA NO ART. 27 DE CLPS, APROVADA PELO DECRE
 TO Nº 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.