



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA SÃO FÉLIX DO XINGU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA FINS A PEDIDO, QUE (O) SR (A) Josebandia
Barbosa de Aguiar
FOI ATENDIDO (A) UPA IDENT. OU REGISTRO
DO _____ CLÍNICA OU SERVIÇO
HOSPITAL AMBULATÓRIO
NO DIA 01/09/25 ÀS 18 HORAS, NECESSITANDO DE 02 dias
DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

SEX/PA 01/09/25

LOCAL E DATA

Dr. Wanderson Carvalho

MÉDICO

CRM-SP 273.208

ASSINATURA DO MÉDICO

(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES
PREVISTA NO ART. 27 DE CLPS, APROVADA PELO
DECRETO Nº 89.312 DE 23.01.97 E RESOLUÇÃO CFM 1190.84
E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS
DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA SÃO FÉLIX DO XINGU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PEDIDO DE EXAME

~~MATERIAL A SER COLHIDO~~

Josebndia Barbosa de Aguiar
— um env

① Naproxeno 500mg — 1 ex
ol cp @ 12h 8 dias

② Dipirona 1g — 1 ex
ol cp @ 6/6h sedor

Dr. Wanderson Carvalho
MÉDICO
CRM-SP 273.208

01/09/25
INDICAÇÃO CLÍNICA

DATA: ____ DE ____ DE ____

Av. Goiás nº 191, Bairro São João, Fone: (94) 3435-1335 - São Félix do Xingu - PA

Estado do Pará



Prefeitura São Félix do Xingu Secretaria Municipal de Saúde

NOTIFICAÇÃO DE CONTROLE DE ENCAMINHAMENTO PARA HOSPITAL DE REFERÊNCIA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Data: 01/09/25 CADSUS: _____
 Paciente: Jacelandsia Barbosa De Aguiar
 CPF: _____ RG: _____ Nº Pront: _____
 Data de Nasc: ____/____/____ Estado Civil: _____ Sexo: _____ Idade: _____
 Filiação: _____
 Natural de: _____ Prof: _____
 Endereço: _____ Nº _____
 Idade: _____ Telefone: _____
 Acompanhante: _____

LAUDO MÉDICO - PARA REFERÊNCIA EM UNIDADE ESPECIALIZADA

Referência: _____
 Especialidade: _____
 Histórico de doença atual: Paciente de entrada a unidade com
queixa de dor lombas intenso de início ha
varios dias com intensificação rep.
Depois outros sintomas
 Exame físico: BE 6, loto, hidratado, corado, afbril
eupneico, estavel.
de membros com dificuldade
 Diagnostico provável: Lombalgia
 CID - 10 M25.5 CÓD. PROCD. _____
 Motivo da não realização do tratamento do município de origem: _____

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO - SADT

Exames solicitados: 1 - Rc coluna lombas
 2 - _____
 3 - _____

Dr. Paulo H. Moraes de Sousa
 Médico
 CRM 10.150

Assinatura e Carimbo do Médico

Resp. p/ Central da Regulação do Município

Data: ____/____/____