



Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FÉLIX DO XINGU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

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

Gersica da Silva Magalhães

IDENT. OU REGISTRO

FOI ATENDIDO (A) _____

DO unidade de Pronto atendimento

CLÍNICA OU SERVIÇO

HOSPITAL - AMBULATORIO

NO DIA 15/09/25 ÀS _____ HORAS, NECESSITANDO DE 4 (quatro)

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID N10

Gersica da S. Magalhães

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

S. F. X - PA

LOCAL E DATA

Dr. Moyses Brito
Médico
CRM/PA - 20555

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 DECRETO 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.

Gráfica Amazônia Fone: (94) 98104-6394