



Saúde
SECRETARIA MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FÉLIX DO XINGU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

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

Sr. Marcos da Silva Tenório

IDENT. OU REGISTRO

FOI ATENDIDO (A) _____

UPA
CLÍNICA OU SERVIÇO

DO _____

HOSPITAL - AMBULATORIO

NO DIA 05/08/26 ÀS _____ HORAS, NECESSITANDO DE 1 (Um)

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID M10.9

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

UPA/SFX 105/08/26

LOCAL E DATA

[Assinatura]
Médico
0700 PA

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.