



Estado do Pará
Prefeitura de São Félix do Xingu
Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MUNICIPAL ORZEU JONAS GUIDA

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins, a pedido, que (o) Sr. (a) _____

Wilson Barbosa de Sa
Ident. Ou registro

foi atendido (a) VPA
clínica ou serviço

do _____
hospital-ambulatório

no dia 07/09/20 às _____ horas, necessitando de 3 (três)
dias de repouso, por motivo de doença.

CID A09

Assinatura do paciente ou responsável

VPA/SFX 07/09/20

Local e data

Felipe Fernandes
Médico

CRM 20.700-PA

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 23.01.94 E RESOLUÇÃO CFM 1190.84 E SERÁ
EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO**