



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FÉLIX DO XINGU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

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

Mauro Borges Tenreiro

IDENT OU REGISTRO

FOI ATENDIDO (A) _____

CLÍNICA OU SERVIÇO

UPA

DO _____

HOSPITAL - AMBULATORIO

NO DIA 01/08/23 AS 12:00 HORAS, NECESSITANDO DE 2 dias

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID S83.1

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

SFX 01/08/23

LOCAL E DATA

Dr. Valdenor Junior

Médico

CRM-17878-PA

ASSINATURA DO MÉDICO

(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRADO 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.