



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FÉLIX DO XINGU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

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

Vulson Barbosa

IDENT. OU REGISTRO

FOI ATENDIDO (A) _____

Serviço de Curatela

CLÍNICA OU SERVIÇO

DO _____

Hospital Municipal

HOSPITAL - AMBULATÓRIO

NO DIA _____

05/11/25 AS _____

HORAS, NECESSITANDO DE _____

15,15

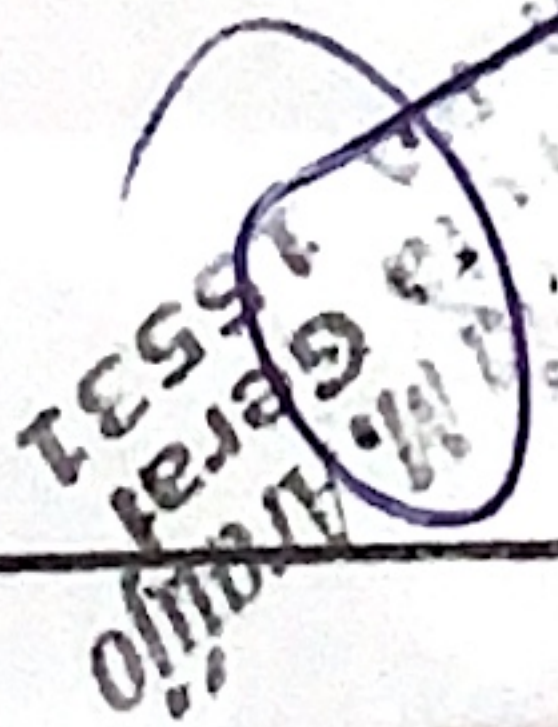
DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

SF-X-PA 07/11/25

LOCAL E DATA



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 SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICAVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.