

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que (o) _____

Sr. (a): MARIO BORGES TEIXEIRA

Portadora do RG: _____

Residente à: SÃO FELIX DO XINGU - PA

esteve sob meus cuidados profissionais no período das 08 às 09 horas

do dia 27 / 05 / 2026 necessitando o (a) mesmo o (a) de 1 (UM DIA).

convalescença CID A 09

Assinatura do Paciente ou Responsável

S.F. X.

Local e Data

27/05/26

Assinatura do Médico

Carlos A. B. Pereira
Médico
CRM 22201 PA
CRM 6626 TO

CEL.: (94) 98403-0165

AV. GOIÁS N° 198 BAIRRO NOVO HORIZONTE SÃO FELIX DO XINGU-PA - CNPJ: 61.081.909/0001-06