



Prefeitura Municipal de Joaçaba

SECRETARIA DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

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

Direcele Pereira

Ident. ou Registro

Foi atendido(a) _____

Clínica ou Serviço

Do _____

Hospital - Ambulatório

No dia 18 / 10 / 22, às _____ horas necessitando de 01 (hora)

dias de repouso, por motivo de doença.

CID I000

Assinatura do Paciente ou Responsável

Joaquim-sc 18 setembro 2022

Local e Data

Dra. Karine de Oliveira
Médica
C.R.M. 10.000

Assinatura do Médico / Odontólogo

(Carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 27 de CLPS, aprovada pelo Decreto nº 89.312, de 23/01/84. Será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.