

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o(a) Sr(a)*

SANTOS DE SOUSA

JOSEVI

foi atendido(a)*

UBS INDUSTRIAL

IDENT. OU REGISTRO

CENTRO DE SAÚDE - AMBULATÓRIO

do*

no dia* 08, 08, 23, às* 7:00 horas, necessitando de* 01 (um)

dias de repouso, por motivo de doença.

CID*

K05.5

*ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ARAUCÁRIA, 08/08/2023

*LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROFISSIONAL
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO)

Adrian Lino Bagnara
Cirurgião Dentista
CRO-PR 12314

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 27 do CLPS, e aprovado pelo Decreto N° 89.312 de 13/11/84, e resolução CFM 1190/84 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias. FAVOR ESCREVER EM LETRA LEGÍVEL.