



Prefeitura Municipal de Herval d'Oeste
Secretaria Municipal de Saúde de Herval d'Oeste

ATESTADO MÉDICO

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

Denissa de Oliveira

IDENT. OU REGISTRO

FOI ATENDIDO(A) _____

ESF

CLÍNICA OU SERVIÇO

DO _____

Fátima

HOSPITAL - AMBULATÓRIO

NO DIA _____

26 05 22

ÀS _____

09:00

HORAS, NECESSITANDO DE _____

1/2 (meio)

POR EXTENSO

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

Letargico

CID _____

I34.8

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

120 26 05 22
LOCAL E DATA
Dra. Lilian T. Amorim
Médica de Família e Comunitária
CRF/SC 3243
sum

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(CARIMBO CONTENDO NOME 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, E RESOLUÇÃO CMF-1190/84 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.