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) Simone Mebarle Simon

_____, _____
Ident. ou Registro

Foi atendido(a) ESF Vila Pedrini
Clínica ou Serviço

Do _____
Hospital - Ambulatório

No dia 22/05/2023, às 09:30 horas necessitando de 07 (hum)

dias de repouso, por motivo de doença.

CID R42

_____
Assinatura do Paciente ou Responsável

Joaçaba S.C. 22/05/2023
Local e Data

Gustavo Luis Lanotto
Médico
CRM/SC 25234

_____
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.

Digitalizado com CamScanner