



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

ATESTADO MÉDICO

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

Egnes Alves _____
 IDENT. OU REGISTRO

FOI ATENDIDO(A) _____
 CLÍNICA OU SERVIÇO

DO _____
 HOSPITAL - AMBULATÓRIO

NO DIA 10/07/03 AS _____ HORAS, NECESSITANDO DE 01 consulta
 POR EXTENSO

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

10/07/03

LOCAL E DATA

Dr. Luciano Chaves Terezi
 Cirurgião Ginecologia Obstetrícia
 CRM/SC 2004
 Sec. de Saúde Herval d'Oeste

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
 (COM CRIMBO 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.