



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) Carlos dos

Santos

IDENT. OU REGISTRO

FOI ATENDIDO(A) ESF. E. Luzerna

CLÍNICA OU SERVIÇO

DO Herval D'Oeste

HOSPITAL - AMBULATORIO

NO DIA 12/09/23 ÀS 10 HORAS, NECESSITANDO DE 01 (um)

POR EXTENSO

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID. 500

Carlos dos Santos

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

Dra. Carine Ströher
Médica

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.