



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) FÁBIO J. SILVEIRA

IDENT. OU REGISTRO

Clínica

POI ATENDIDO(A) _____ CLÍNICA OU SERVIÇO

DO _____ HOSPITAL - AMBULATÓRIO

NO DIA 13 / 11 / 23 AS 8 HORAS, NECESSITANDO DE 2 (duas) POR EXTENSO

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CD E74

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Dr. Gilson Benetti
Medicina - Família e Comunidade
CRM/RS 12345 - RQE 12345

LOCAL E DATA

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