



ATESTADO

Declaro que o paciente **JOSE MARCELO FRANCISCO**

Compareceu a este estabelecimento no dia **11 de novembro de 2022**, para fins de atendimento médico e necessita de **1 dia(s)** de afastamento para repouso e tratamento.
Finalidade do atestado: **Fins de dispensa do trabalho**

Motivo: **CONSULTA ODONTOLOGICA**

CID: **K04**

Foz do Iguaçu, 11 de novembro de 2022

Dra. Michelly Borghette Ribas
SMO/Prat. de Foz do Iguaçu
Cirurgiã Dentista - CRO/PR 28.567

MICHELLY BORGHETTE RIBAS

Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família
CRO-PR 28567

AUTORIZAÇÃO

Eu, **JOSE MARCELO FRANCISCO**, autorizo o Dr. **MICHELLY BORGHETTE RIBAS** - , a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste documento.

Assinatura do paciente ou responsável