

ATESTADO MÉDICO

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

Daniel R. L. Santos

IDENT. OU REGISTRO

FOI ATENDIDO (A) _____

CM
CLÍNICA OU SERVIÇO

DO _____

UPA
HOSPITAL - AMBULATORIO

NO DIA 21/11/2024 HORAS, NECESSITANDO DE 02 dias

POR EXTENSO

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

811 01/11/2024

USC Aliedson O. Silva
Médico

CRM PA 1594179-5234

ASSINATURA DO MÉDICO

(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISITAS NO ART. 27 DE CLPS, APROVADA PELO DECRETO N.º 89.312 DE 23.01.94 E RESOLUÇÃO CFM 1190.84 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.