

ATESTADO - MÉDICO

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

Tessa Luciana Valim.

FOI ATENDIDO (A) *DR: Leopoldo Hartwig Jr.*

DO *Vila Nova.*

NO DIA *2, 10, 15*, ÀS *8⁰⁰* HORAS NECESSITADO DE *(1) Hem.*

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVOS DE DOENÇA.

CID *(I-25.5)*

Luciana Luciana Valim

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

2/10/15

LOCAL E DATA

Dr. Luis E. N. Tralacio
RMS Nº 4100487
Programa Mais Médicos

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTOLÓGICO
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM/CRO)

NOTA - Este atestado é válido para finalidade previstas no art, 27 de CLPS, aprovada pelo decreto n° 89.312 de 23/01/84, e resolução CFM - 1190/84 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.