



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o(a) Sr.(a) Leiana

Delella Fallei / _____
Ident. ou Registro

foi atendido(a) nesta unidade de saúde, em 08 / 09 / 16 às _____ horas,

necessitando de 1 (um) dias(s) de repouso por motivo de doença.
Por Extenso

CID Z010

Assinatura do Paciente ou Responsável

Delella Fallei 08/09/16

Local de Data

Dra. Manoela Berlioz Pereira
Oftalmologia
CRM 26293

Assinatura do Médico / Odontólogo

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 CFM 1190/84 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de Afastamento do trabalho.

Endereço: Rua Osório Ribas de Paula, 790 - CEP 86.800-140
Fone/Fax:(43) 3033-8300 - Apucarana - Paraná