



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO VALE DO IVAÍ E REGIÃO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o(a) Sr.(a) Tereza
de Souza

foi atendido(a) nesta unidade de saúde, em 20/09/16 às 11 horas, Ident. ou Registro

necessitando de 01 dias(s) de repouso por motivo de doença.

CID I.48 Por Extenso

Assinatura do Paciente ou Responsável

Tereza 20/9/16
Local de Data

Matheus Dias de Souza
CRM 7296
CARDIOLOGISTA
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