



Autarquia Municipal de Saúde APUCARANA - PARANÁ

ATESTADO MÉDICO

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

Terese Luana de Azevedo
Ident. ou Registro

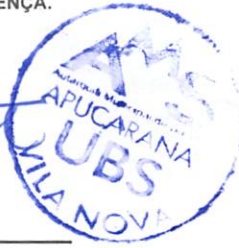
FOI ATENDIDO (A) _____
Clínica ou Serviço

DO _____
Hospital - Ambulatório

NO DIA 20 / 01 / 14, ÀS _____ HORAS, NECESSITANDO DE 01

(01 Por extenso) DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID _____
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



LOCAL E DATA

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

Priscilla C. Lopes
CRM 119084

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 15 dias de afastamento do trabalho.