



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITATUBA-PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado, que Edna Gonçalves da Silva, portador do RG: _____, foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das 10 horas, sendo portador da afecção CID - 10 _____. Em decorrência, deverá permanecer afastado das suas atividades laborativas por um período de 07 (SETE) dias, a partir desta data.

Itatuba - PB, 26 / 06 / 18

Jo'Ana Zanforin Santana
Médica
CRM-PB 8912

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o Dr(a). _____, a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.