



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 ELIANE CAMPOS NOBRE, portador do RG: _____, foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das 10:33 horas, sendo portador da afecção CID - 10 _____ . Em decorrência, deverá permanecer afastado das suas atividades laborativas por um período de 01 (Um) dias, a partir desta data.

Itatuba - PB, 28/01/2018

Dr. José Nilton de A. Minervino

MÉDICO

RMS Nº 2500240 PB

Assinatura e Carimbo do Médico

PROTOCOLO

EM 25/01/18

Roberta Carneiro

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do Paciente ou Responsável