



Prefeitura Municipal de Itatuba
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que
Donilo Bezerra de Lima,
portador do RG,; _____, foi submetido à
consulta médica nesta data, no horário das 8 às 10:30 horas,
sendo portador da afecção CID - 10 _____.

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades
laborativas por um período de 2 (dois)
dias, a partir desta data.

Itatuba/PB, 03 / 05 / 2018.

Dra. Larissa Rodrigues
Cirurgã Dentista
CRO-PB 5795

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do Paciente ou Responsável