



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 Wilson José de Fátima Monteiro, portador do RG: _____, foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das 13:20 horas, sendo portador da afecção CID - 10 Conjuntite viral. Em decorrência, deverá permanecer afastado das suas atividades laborativas por um período de 01 (UM) dias, a partir desta data.

Itatuba - PB, 12 / 03 / 18.

Dr. Viana
Médico
CRM 314
Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

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 Osório José de Jesus Fontelo, portador do RG: _____, foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das 10.00 horas, sendo portador da afecção CID - 10 Conjuntivite. Em decorrência, deverá permanecer afastado das suas atividades laborativas por um período de 02 (dois) dias, a partir desta data.

Itatuba - PB, 14 / 03 / 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

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



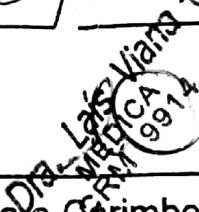
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITATUBA-PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado, que João José Falcão Monteiro, portador do RG: _____, foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das _____ horas, sendo portador da afecção CID - 10 conjuntivite. Em decorrência, deverá permanecer afastado das suas atividades laborativas por um período de 01 (um) dias, a partir desta data.

Itatuba - PB, 15 / 03 / 18.

Assinatura e Carimbo do Médico



AUTORIZAÇÃO

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

PROTOCOLO

EM 20/03/18
Assinatura do Paciente ou Responsável

Roberta Pereira