



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO VINHAIS



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PRA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O(A) SR(A)

ROHELSON PEREIRA

NT. OU REGISTRO: _____ FOI ATENDIDO(A)
NA CLÍNICA OU SERVIÇO: _____

DO HOSPITAL / AMBULATÓRIO: POUCLINHA

U. U. M. M. NO DIA: 1 / 1 / 1

ÀS 15 HORAS, NECESSITANDO DE 10 (DEZ)
DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE

DOENÇA:

CID: G98

ROHELSON PEREIRA
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

Dr. José Carlos Barros
ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTOLÓGICO
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRADO CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADE
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 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DE TRABALHO.