CENTRAL SAÚDE
ASSISTÊNCIA EM SAÚDE FAMILIAR

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que José Alves Bento, portador do RG: —, foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das — horas, sendo partador da afecção CID - 10 Z54.0 + K83.3 + T81
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um período de 13 (treze) dias, a partir desta data.

São Miguel/RN 15/08/26

DR. CHAYANNE C. P. BARBOSA
MÉDICO
8031-RN / 19670-CE

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

CNPJ: 27.482.831/0001-01 - TEL: (84) 9 9955.9425
Rua: Coronel João Pessoa, 320, Centro, CEP: 59920000, São Miguel/ RN.