

Unidade: HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) sr. (a) Marion
Isidoro Maciel dos Santos

inscrito (a) no CPF Nº: _____
foi submetido a tratamento cirúrgico sob meus cuidados,
encontra-se impossibilitado de exercer suas funções

_____, necessitando de 04 dia (s) por
motivo de saúde.

CID: E35.0

Autorizado por: _____

Robson Natanael Barros de Sousa
Cirurgia Geral
CRM/MA 009230

SANTA LUZIA DO PARUÁ - MA

CÂMARA MUNICIPAL GOV. NUNES FREIRE
Recebido Em: 07/07/22
Secretaria

DATA: 07/07/2022

Médico/CRM

ESTA RECEITA SÓ TERÁ VALIDADE COM A ASSINATURA E O CARIMBO DO MÉDICO