



GERÊNCIA MUNICIPAL DE NAVIRAÍ



GERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE NAVIRAÍ-MS
"Sua saúde em boas mãos"

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o Sr.(a): _____

compareceu a esta Unidade de Saúde para atendimento médico,
devendo afastar-se de suas ocupações habituais pelo período abaixo:

() Das _____ horas às _____ horas, nesta data.

() Somente o dia da consulta.

() Por _____ dias, de ____/____/____ à ____/____/____.

() CID - 10 _____.

Naviraí, _____ de _____ de 20 _____.

Autorizo divulgação do CID
Ciente das orientações dadas.
Assinatura do Paciente ou
Representante Legal
RG nº: _____

Assinatura e carimbo do médico

Rua Pelotas, 133 - Centro - CEP 79950-000 - Naviraí-MS

Fone: (67) 3461-1399