



PREFEITURA
PETROLINA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ATESTADO



DECLARAÇÃO

Nome:

Manoel D. S. de Lima Cavalcante Sa

Idade: _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____



ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO. FICANDO
IMPOSSIBILITADO DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.



COMPARECEU AO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA DE URGENCIA
NECESSITADO DE 05 (cinco) DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

CID: M545

SE DECLARAÇÃO:



COMPARECEU AO AMBULATÓRIO NESTA DATA, HORÁRIO _____ hs, SENDO
LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.



COMPARECEU AO AMBULATÓRIO ACOMPANHANDO O PACIENTE
NO DIA ____ / ____ / ____

DATA:

22/08/22

Dr. Jairo Elcio Carvalho
MÉDICO
CRM/PE 18713
CRM/BA 23583

PROFISSIONAL (Assinatura)