



**PREFEITURA MUNICIPAL**  
**Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social**  
**NIS-I - SUS**  
**CAPANEMA - PARANÁ**

Atesto para os devidos fins, que o (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ foi  
Identidade ou Registro

Atendido(a) \_\_\_\_\_ **No Serviço Médico/Odontológico**  
Clínica ou Serviço

da **Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social de Capanema**  
Hospital - Ambulatório

no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, às \_\_\_\_ horas, necessitando de \_\_\_\_

(\_\_\_\_) dias de repouso, por motivo de doença.

CID \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico/Odontólogo  
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)