



ATESTADO

Declaro que o paciente **ISABELA MARTINS CACERES**

Compareceu a este estabelecimento no dia **19 de setembro de 2025**, para fins de atendimento médico e necessita de **1 dia(s)** de afastamento para repouso e tratamento.
Finalidade do atestado: **Fins de dispensa do trabalho**

CID: J11

Foz do Iguaçu, 19 de setembro de 2025

Dra. Jéssica Primitivo
MÉDICA
CRM/PR 60.014

JESSICA PRIMITIVO MELO
Médico generalista
CRM-PR 60014

AUTORIZAÇÃO

Eu, **ISABELA MARTINS CACERES**, autorizo o Dr. **JESSICA PRIMITIVO MELO** - , a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste documento.

Isabela Martins Caceres

Assinatura do paciente ou responsável



A autenticidade deste(a) Atestado pode ser verificada em <http://rpsaude.pmf1.pr.gov.br/rp/saudepublico/atestado>
Informando o número **1127770** e código de segurança **J2PR**.

Versão: 1.0.9392.37829