



**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 60014

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 Cáceres*

Assinatura do paciente ou responsável



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