

ITEM 01

198 mm	153 mm
	 PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUIRAÍ ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FONE (067)3476-1361 - ITAQUIRAÍ - MATO GROSSO DO SUL
	<u>ATESTADO MÉDICO</u> Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a) _____ necessita de _____ (_____) dias para tratamento médico, a partir de: _____/_____/_____. CID: _____ Itaquiraí (MS)_____/_____/_____