

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que
a Sra. Leonara Maria da Silva
necessita acompanhar na sua filha
Ana Sophia Silva Carneiro, 5 anos
de idade, durante tratamento pro-
longado para sua patologia crônica,
CID-10: D69.3, durante um período
de 30 dias.

Data 29/11/21

Dra. Ana Carolina Pinheiro
Hematologia Pediátrica
CREMEC: 13.894

Assinatura - CRM

DOE SANGUE, SALVE UMA VIDA

03.028.001