



**RECEITUÁRIO**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Atestado médica

Atesta p/ os devidos

fim que p/ me de Souza  
foi dada para receto  
de (30) dias de  
afastamento de meu ob-  
vícios p/ motivo de  
doença.

cid 10: F32.

Dr. Jorge Rubens de Sá Carvalho  
Psiquiatria  
CRM-PE 8072

V. de forte

Data: / /

23/11/21

Assinatura CRM/CRO/COREN