



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE M^{te} Solange de Souza
_____, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 05 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: _____

VERDEJANTE, 02/06/22

ASSINATURA- CRM

CPF: 680.243.124-68