



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE MA ANTONIELLY

Amor, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 03 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: _____

VERDEJANTE, 03/05/23

Dr. Clamilton Figueiredo
Médico
CRM-CE 18.086 / CRM-PE 28.331

ASSINATURA - CRM