



**RECEITUÁRIO**

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

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que  
Silva needs leave de seu trabalho  
afairar-se de suas atividades  
laborais por um período de 30  
(trinta) dias, a contar de hoje  
02/09/22.

CID10: F37.8

DR. NAYLA DENISE  
Médica  
RMA-CE 17317 / CRM-PE 22466

Data: 02/09/22

Assinatura - CRM/CRO/COREN