

ATESTADO

Atesto que o (a) paciente,

Maria do Céu Pires Janta

Portador (a) do RG _____

necessita de (15) dias

dias de afastamento do trabalho (escola) a partir desta data, por motivo de doença.

CID: 2765

DATA: 16/05/23

DR. NAYANA PIRES
Médico
CRM. 32295

Assinatura do Médico e CRM