

Atesto que o (a) paciente,

maria Ivoneide Pereira Santos

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: 15/05/23

Dr. NATANA
MONTES
12298
Assinatura do Médico e CRM