

NOME: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

CLINICA: \_\_\_\_\_

**RECEITUARIO**

ATESTADO MEDICO

ATESTADO QUE JOSE  
ANGEMINO DA SILVA  
NECESSITA AFASTAR-SE  
DO TRABALHO POR 14  
DIAS

CID 10 K 92.2

12103176

DR. ANIZARIO COSTA  
MÉDICO  
CRM-CE 8175  
CRM-PE 14243

NOME: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_  
CLINICA: \_\_\_\_\_

**RECEITUARIO**

AREIA DO MEDICO

AREIA DE JOSE  
ANGEMIL DO LINS  
NECESSARIO MEDICAMENTO  
DO TRABALHO POR 14  
QUANTIDADE DIA.

CID10 K ~~92.2~~  
K 92.2

27 103126

DR. ANIZIARIO COSTA  
MÉDICO  
CRM-CE 8175  
CRM-PE 14243