



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: _____

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO QUE MANO EDUARDO PEREIRA, NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 14 (QUATORZE) DIAS POR MOTIVO DE DOENÇA. CID M51 / M05

26/03/25

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

Data: ____/____/____

Assinatura - CRM/CRO/COREN