Secretaria de Saúde

Verdejante

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Simão Carvalho Leite _____, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 7 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: H10

VERDEJANTE, 03/04/2025

ASSINATURA- CRM