

Nome paciente: JOAO PEDRO TORRES	Data Nascimento: 04/01/2006	Idade: 18 Anos 8 Meses 0 Dia
Nome social....:	CPF: 109.272.746-98	Nº Atend.: 59196009
Nome da mãe.: CINTIA MARIA MATOSINHOS TORRES	Convênio: UNIMED BH	Nº Pront.: 1608342
Profissional.....: DANIEL BRITO DE SOUZA	Data: 04/09/2024 16:33:47	Setor: PRONTO SOCORRO / Leito:

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) JOAO PEDRO TORRES necessita permanecer afastado de suas atividades escolares por 10 (dez) dia(s) a partir de 04/09/2024 por razões médicas.

Eu, na qualidade de paciente ou seu(ua) representante legal, autorizo a inclusão do CID no atestado médico.

CID: M796

JOAO PEDRO TORRES

Assinatura e nome completo do representante legal
(para menores de idade ou incapacitados)

Assinatura e Carimbo

0061140430.
ESP. 16
Dr. Daniel Brito de Souza

CÓDIGO: 1311204765