

Atestado Médico

Declaro para os devidos fins, que o(a) Sr.(a) CRISTIANO VACEN
TEX NA DIVEN esteve nesta clínica

no dia: ____ / ____ / ____

() Para consulta médica

() Para exame médico

() Como acompanhante

Tendo sido atendido(a) às ____ hrs, sendo que o(a) mesmo(a):

() Deve afastar-se do trabalho por ____ (____) dia(s)

() Por motivo de doença de seu familiar ____

() BOA SAUDE FIZIA E MEN-
DAL

Florianópolis, 26 de 7 de 20 22

Dr. Nelson Silveira Cathcart
Cardiologista
CRM - SC 3394

Assinatura