

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr.(a) **Jessica Francine Ramos da Silva Mousinho**, portador(a) do CPF **114.705.114-36**, necessita de afastamento de suas atividades por **3 dia(s)**, a partir de **09/11/2024**, devido ao diagnóstico de **Dengue**.

CID: 1034B

Local e Data: Recife , 09/11/2024

Assinatura e Carimbo

Dr. [Nome do Médico]

CRM [Número do CRM e Estado]