



ATESTADO

Atesto, para os devidos fins, que o(a) paciente **ANA CRISTINA DREWS PIMENTEL** está sob meus cuidados e deverá se afastar de suas atividades habituais por um período de 1 dia a contar de 25 de Abril de 2024.

A09

Osasco, 25 de Abril de 2024

Mônica Mendonça
Clínica Médica
CRM 56943 SP