

**Nome:** Luana Rocha Oliveira**CPF Paciente:** 074.516.551-64 **Data de nascimento:** 10/08/1999**Telefone:** ()**Endereço:** Rua Le Corbusier, 50. Rio De Janeiro. Cep: 22795-285

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o(a) Sr.(a). Luana Rocha Oliveira portador(a) do RG 07451655164, foi atendido(a) nesta Unidade de Saúde por mim que assina no final desta, na data de 18/04/2023 às 09:22, portando a(s) patologia(s) codificadas pelo(s) CID R07, devendo permanecer afastado(a) da suas atividades laborativas por um período de 2 dias, a partir da data de atendimento contida neste.

## Autorização

O Paciente referido neste atestado **AUTORIZOU** a divulgação do seu diagnóstico neste documento, isentando esta instituição e o profissional médico de qualquer ônus que este possa acarretar.

**Nome:** Luana Rocha Oliveira**RG:** 07451655164**CPF:** 074.516.551-64

Assinatura do paciente

**Assinado digitalmente em:**  
18/04/2023 às 09:24:57 por:  
Dr. Leandro Fioravanti Figueiredo  
**CRM-MG 53102**  
**CHAVE:** sE@deOfX3.n4OTg0M  
<https://valida.drconsulta.com>

