

## Atestado

**FELIPE SAMUEL DOS SANTOS RODRIGUES**

**CPF:** 095.820.319-99

**Celular:** (48)984869949

**Tipo de atendimento:** Urgência

Consulte a prescrição acessando

[https://tinyurl.com/26cxdk2\\_z](https://tinyurl.com/26cxdk2_z)

Declaro que, para os devidos fins, que **FELIPE SAMUEL DOS SANTOS RODRIGUES** portador do CPF/CNS nº **095.820.319-99**, foi submetido a uma consulta médica na data de hoje, **06/07/2024** as **08:30 hrs**, sendo diagnosticado como portador da afecção CID- **J11**

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um período de **1 dia(s)**, a partir desta data.

Atestado válido de **06/07/2024** até **06/07/2024**.

Data de emissão: 06/07/2024

**EUGENIO DIAS**

CRM 51616SC - CLÍNICA MÉDICA

**EUGENIO DIAS**  
**32298711870**



Digitally signed by  
**EUGENIO DIAS**