

## Atestado

Consulte a prescrição acessando  
<https://www.hapvida.com.br>

**RAINNE STHEFANY PEREIRA COSTA TANDU**

**CPF: 486.357.958-65**

Celular: (11)993688854

Tipo de atendimento: Urgência

Declaro que, para os devidos fins, que **RAINNE STHEFANY PEREIRA COSTA TANDU**, portador do CPF/CNS nº **486 357.958-65**, foi submetido a uma consulta médica na data de hoje, **18/04/2025 11:04** hrs sendo diagnosticado como portador da afecção **CID- A09**

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

Atestado válido de **18/04/2025** até **18/04/2025**

Data de emissão: **18/04/2025**.

FERNANDO LARA ROQUETTE  
CRM 193062SP CLÍNICA MÉDICA

FERNANDO LARA  
ROQUETTE  
78098711856



Digitally signed by  
Fernando Lara  
Roquette