

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que sr(a). Paola Stephanie Alves da Silva necessita de (7) sete dias  
dias afastado de suas atividades, a partir desta data, por motivo de doença.

☐ Autorizo a divulgação do CID  
CID B34.2.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Paciente)

Início do atestado     18 / 01 / 2023

término do atestado   24 / 01 / 2023

  
Dr. Edgar de Carvalho  
CRM-PR 05503

*Empregador:*

*Este atestado é preenchido e impresso diretamente do Sistema Informatizado de Gestão Hospitalar. Duvidas sobre a veracidade deste documento poderão ser esclarecidas no Serviço de Atendimento ao Usuário (SAC)*