

Nome: Alisson Fontana
CPF Paciente: 403.576.908-85 **Data de nascimento:** 09/10/1993
Telefone: ()
Endereço: Rua Olavo Conceição De Senne, 518. São Paulo. Cep: 04850-000

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o(a) Sr.(a). Alisson Fontana portador(a) do RG 36870713, foi atendido(a) nesta Unidade de Saúde por mim que assina no final desta, na data de 10/02/2024 às 11:39, portando a(s) patologia(s) codificadas pelo(s) CID F40, devendo permanecer afastado(a) da suas atividades laborativas por um período de 20 dias, a partir da data de atendimento contida neste.

Observações

PACIENTE EM PRIMEIRA AVALIAÇÃO PSIQUIATRICA COMIGO, MANTÉM QUEIXAS DAS CONSULTAS ANTERIORES, MAJORO MEDICAÇÃO, FAÇO ORIENTAÇÕES, MANTEVE PSICOTERAPIA, ORIENTO MANTER UM ÚNICO PSIQUIATRA ASSISTENTE.

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: Alisson Fontana
RG: 36870713
CPF: 403.576.908-85

Assinatura do paciente

Assinado digitalmente em:
10/02/2024 às 11:51:11 por:
Dr. Jose Lourenco De Oliveira Amaral
CRM-SP 188692
CHAVE: R6sW6epqJ.62Mzg5M
<https://valida.drconsulta.com>

