

**Nome:** Geane Costa Da Silva**CPF Paciente:** 429.815.988-48 **Data de nascimento:** 21/05/1994**Telefone:** ()**Endereço:** Rua Vermelha, 131. Itapevi. Cep: 06654-805

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o(a) Sr.(a). Geane Costa Da Silva portador(a) do RG , foi atendido(a) nesta Unidade de Saúde por mim que assina no final desta, na data de 12/12/2023 às 16:25, portando a(s) patologia(s) codificadas pelo(s) CID R51, devendo permanecer afastado(a) da suas atividades laborativas por um período de 1 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:** Geane Costa Da Silva**RG:****CPF:** 429.815.988-48

Assinatura do paciente

**Assinado digitalmente em:**  
12/12/2023 às 16:28:30 por:  
Dr. Joao Felipe Paiva Lima  
**CRM-SP 161007**  
**CHAVE:** 7Dzu6LxOO.WwMjg4M  
<https://valida.drconsulta.com>

