

Nome: AMANDA CAROLINA PINTO LAUXEN KEHL

CPF: 029.900.810-03

## Atestado

Declaro que a paciente, sob meus cuidados desde 22/07/24, sofreu uma perda gestacional, confirmada na data de hoje.

Considerando as condições clínicas da paciente e em conformidade com o artigo 395 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), recomendo afastamento das atividades laborais por 14 (quatorze) dias, a contar de hoje.

CID 10 - 0033

Atenciosamente,



**MEMED** - Acesso à sua receita digital via QR Code

Data e hora: 23/09/2024 - 11:56:18 (GMT-3)

Endereço: Alameda Campinas, 1100, 110 andar, Consultório Alumia Assinado digitalmente por **Alice de Ofir Maganin - CRM 199291 SP** Token (Farmácia): **piiSwF -** Código de desbloqueio (Paciente): **3133** 

> Clínica Alumia, Alameda Campinas, 1100, 11o andar, Jardins

 ${}^\star Para\ validar\ assinatura\ deste\ documento,\ acesse\ https://validador.memed.com.br\ |\ Token:\ pii SwFara\ validar\ assinatura\ deste\ documento,\ acesse\ https://validador.memed.com.br\ |\ Token:\ pii SwFara\ validar\ assinatura\ deste\ documento,\ acesse\ https://validador.memed.com.br\ |\ Token:\ pii SwFara\ validar\ assinatura\ deste\ documento,\ acesse\ https://validador.memed.com.br\ |\ Token:\ pii SwFara\ validar\ assinatura\ deste\ documento,\ acesse\ https://validador.memed.com.br\ |\ Token:\ pii SwFara\ validar\ assinatura\ deste\ documento,\ acesse\ https://validador.memed.com.br\ |\ Token:\ pii SwFara\ validar\ assinatura\ deste\ documento,\ acesse\ https://validador.memed.com.br\ |\ Token:\ pii SwFara\ validar\ assinatura\ deste\ documento,\ acesse\ https://validador.memed.com.br\ |\ Token:\ pii SwFara\ validar\ assinatura\ deste\ documento,\ acesse\ https://validador.memed.com.br\ |\ Token:\ pii SwFara\ acesse\ ac$