Av. Heráclito Graça, 1001 - Centro, Fortaleza-CE,

CEP: 60140-090 | Telefone: (85) 9 4002-3633

Urgência

**CPF:**

**Tipo de atendimento:**

552.429.718-00

**Celular:**

(11) 94165-3173

**SAMUEL ANDRE DOS SANTOS**

**Atestado**

Atesto, para os devidos fins, que **SAMUEL ANDRE DOS SANTOS**, portador do CPF/CNS nº **552.429.718-00**, foi submetido a uma consulta médica na data de hoje, **16/12/2023 08:52 hrs**, sendo diagnosticado como portador da afecção CID-. J11

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

Atestado válido de **16/12/2023** até **16/12/2023**.

Data de emissão: 16/12/2023

Digitally signed by RADY

MARTINS DE ALMEIDA:



**RADY MARTINS DE ALMEIDA**

CRM 22612CE -

**RADY MARTINS DE**

**ALMEIDA:**

**04253265359**

CLÍNICA MÉDICA

Este documento foi assinado digitalmente conforme padrão ICP-BRASIL. Para conferir a autenticidade da assinatura acesse https://assinaturadigital.iti.gov.br/