



ATESTADO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº Matrícula: **2029** Data Nascimento: 29/08/1977

Nome: **NIVALDO FRANCISCO ALVES FILHO**

CPF:

Endereço: SEM ENDEREÇO

n° 2

Bairro: SEM ENDEREÇO

Cidade: ARAÇATUBA

SP

CEP: 00001-001

O paciente acima identificado, foi submetido a consulta médica nesta unidade na data 26/09/2025, às 15:36:27, como consta registro, armazenado na ficha de atendimento nº 65399.

Com histórico de:

Z00. - Z00 EXAME GERAL INVEST PESS S/QUEIX DIAGN RELAT

Eu, **NIVALDO FRANCISCO ALVES FILHO**

Autorizo o médico a declarar nominalmente ou através do CID meu diagnóstico, liberando-o da guarda do sigilo profissional.

Nome: _____

Paciente ou Responsável

NIVALDO FRANCISCO ALVES FILHO

CRM 105526