



ELOS_{MA}
SERVIÇOS MÉDICOS

ATESTADO MÉDICO

AFASTAMENTO TEMPORÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº Matrícula: **2029** Data Nascimento: 29/08/1977 RG:
Nome: **NIVALDO FRANCISCO ALVES FILHO** CPF:
Endereço: SEM ENDEREÇO Bairro: SEM ENDEREÇO
Cidade: ARAÇATUBA 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**. Em decorrência dos resultados apresentados, o mesmo deverá ficar em repouso e afastado de suas atividades laborais por um período de **Dias**.

Eu, **NIVALDO FRANCISCO ALVES FILHO**

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

NIVALDO FRANCISCO ALVES FILHO
Paciente ou Responsável

NIVALDO FRANCISCO ALVES FILHO
CRM 105526