



INTELLIDOCTOR.AI

VIA DIGITAL

Valide pelo link ou QR Code:

<https://receita.v4h.cloud>

Código: **DyjtJszS**



Atesto que o(a) Sr.(a) **Juanito** encontra-se sob meus cuidados profissionais necessitando de afastamento de suas atividades pelo período de **10 dias**.

**Observações**

Atestado médico devido a glaucoma

**Nome do médico(a):** Médico Silva

**CRM:** 1231231 **UF:** PB

**Local de atendimento:** Nome

**Endereço:** Rua das Flores, 137

**Bairro:** Bairro

**Cidade:** Cidade

**UF:** PB

**Telefone:** 11999999999

**Data de emissão:** 02/04/2025