

NOME: JOÃO SOARES DE SOUZA

ATESTO QUE O PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA FICAR AFASTADO DE SUAS
ATIVIDADES LABORAIS POR 02(DOIS) DIAS POR MOTIVOS DE DOENÇA.

RUA JOÃO HENRIQUE DA SILVA S/N
BAIRRO PAJUÇARA, CIDADE MARACANAÚ

DATA: 27/06/2023



ASSINATURA – CARIMBO DO MÉDICO

**Dr. Bruno Vieira
Médico
CRM/EC 21447**