



ATESTADO MÉDICO

Atesto que

Robson Gonçalves de
Souza 06/08/25
foi por mim examinado(a) na data ____/____/____ encontra-se sem

condições para exercer suas atividades.

Período 01 (um) dias.

CID-10 M54

Hernandes Pereira Jr.
Médico CRM-PA 5324

06 AGO. 2025

[Assinatura]
Médico/Carimbo

AUTORIZAÇÃO:

Eu, _____, autorizo o

Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado (CID).

Assinatura do Paciente ou Responsável