

**Rede Dor São Luiz - Unid.**

Paciente: Carollina Baptista Ferreira da Silva

Data Nasc: 03/06/2003

Idade: 20 anos

Sexo: Feminino

**Atestado Médico \***

Atesto para os devidos fins, que o Sr.(a) **Carollina Baptista Ferreira da Silva**, esteve neste **Pronto Socorro em Consulta Médica**.

( X ) Deverá permanecer em repouso por 2 dia(s)

( ) Poderá retornar ao trabalho

Autorizo a divulgação do Diagnóstico (CID),

\_\_\_\_\_  
Assinatura Paciente ou Responsável

  
Maria Luiza R. M. de Carvalho  
CRM 161170  
Clínica Médica

Diagnostico (CID)

**K529**

São Paulo, 29/08/2023

\_\_\_\_\_  
**Dra. Maria Luiza Ramos Marques de Carvalho (CRM 161170) -**

Procure nosso Pronto Socorro em caso de intercorrência