

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **GEANI MARQUES DO NASCIMENTO TREVISOLI** às 16:45, inscrito(a) no CPF sob o nº **108.932.358-14** sendo necessário o seu afastamento das atividades laborais ou escolares por **7 dias**, a partir de **07/05/2025**, tendo como causa do atendimento

D691

Código da Doença

ARARAQUARA - SP, 07/05/2025

Adriane Souza Lima
Médica
CRM 201427-SP

Adriane Souza Lima
Médica
CRM 201427-SP
Dr(a) ADRIANE SOUZA LIMA
CRM 201427/SP

Aceito a colocação do CID. Assinado us _____

Ciente:

Dr(a). ADRIANE SOUZA LIMA
Autenticação: BMDQH55R5E4A8

07/05/2025