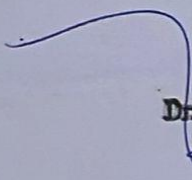


ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os fins devidos, que o Sr. (a) ALIANA
BEATRIZ DOS SANTOS

Portador do CPF _____, necessita se ausentar de
suas atividades por um período de 02 (dois) dias por motivo
de doença.

CID 650


Dr. Leonardo Abreu Rocha
Médico
CRM/SE 9223

Assinatura do Médico

Lagarto, 24/09/25

CSF e Ambulatório José Antônio Maroto 24h

AV. CONTORNO, 3000- CENTRO