

**ATESTADO MÉDICO**

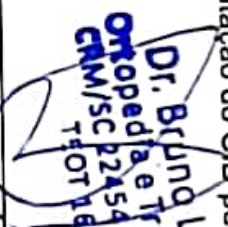
Atesto que o(a) Sr.(a) **FLAVIA DE FATIMA PEREIRA** necessita afastar-se de suas atividades a partir de **29/06/2023 09:40:23** por **30** dia(s) , para tratamento médico.

Diagnóstico/CID-10: S835

Resolução CFM 1.658/2002 - Artigo 5º: Os médicos somente podem fornecer atestados codificados ou não quando por justa causa, exercício de dev legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Assinatura do paciente ou representante (para o caso de solicitação do CID pelo paciente)

Observações (caso houver):



**Dr. Bruno Lunardi**  
**Ortopedia e Traumatologia**  
**CRM/SC 22454 - ROE 21363**  
**TRT 18881**

Dr. BRUNO LUNARDI FOLLE (CRM 22454)  
CRM 22454

Joaçaba, 29/06/2023

# HUST

Hospital Universitário Santa Terezinha  
Av. Barão do Rio Branco, 600. Centro  
Joaçaba SC  
Telefone para contato: (49) 3551 95 61 (Ambulatório Ortopedia)



## RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEdia

PACIENTE: <i>Flavia de fatima Pereira</i>	IDADE:
DIAGNÓSTICO:	DATA: <i>29/06/23</i>
Nº DO PRONTUÁRIO:	



FAVOR AGENDAR O DIA DO SEU RETORNO NA RECEPÇÃO DA EMERGÊNCIA DO HUST.  
SERÁ EM UMA \_\_\_\_\_ - FEIRA ÀS 07:00 HORAS DA MANHÃ.

DATA	MÉDICO	EXAME DE RAIOS-X	COM TALA	SEM TALA
<i>29/06</i>	<i>R</i>			

Joaç: