



Centro de
Cirurgia Ocular
do Espírito Santo

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado(a), que

Ruiz Emanuel Zocuin da Rocha,
portador(a) do CPF: 703 407 837-34, está em fase de
recuperação de dermatopatia bolhosa e necessita
de 03 (um) dias de afastamento de suas
atividades, a partir da presente data.

CID = H38.1

Vitória, 23 / 08 / 23


080.0000.1882-0
Dr. Abraão Garcia Mendes
OFTALMOLOGIA

Carimbo e Assinatura do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo registrar o
diagnóstico codificado (CID) ou por extenso neste atestado médico.

Paciente ou Responsável

Rua Ferreira Coelho, 304 • Praia do Suá • Vitória • ES • CEP 29052-210

E-mail: atendimento@cecoes.com.br • Tel: (27) 3327-7648 • Fax: (27) 3325-9427



Autenticar documento em <http://camarasempapel.cmy.es.gov.br/autenticidade>.
com o identificador 3200320089003000300310034005000. Documento assinado digitalmente
conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP -
Brasil.