



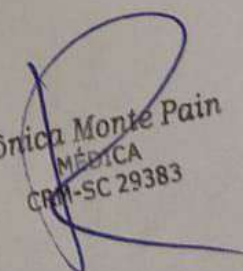
RELATÓRIO MÉDICO

Nome do Paciente.....**MATHEUS CIDRAL VILELA**.....
Convênio/Seguro.....**SC SAÚDE - Faturado**.....
Nº de Autorização.....**03062200066487802**.....
Data Atendimento.....**14/09/2021**.....
Hora Atendimento.....**13:36**.....
Médico Responsável Dr(a) **MONICA MONTE PAIN**.....
Médico Responsável CRM **29383**.....

ATESTADO DE APTIDÃO FÍSICA ATESTADO DE SAÚDE

ATESTO, PARA DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE ACIMA ESTA APTO A REALIZAR
ATIVIDADE FÍSICA INDIVIDUAL OU COLETIVA.

CONCLUSÃO: APTO


Mônica Monte Pain
MÉDICA
CRM-SC 29383

Dr(a). **MONICA MONTE PAIN**
CRM - **29383**

Florianópolis, 14/09/2021