**Nome da clínica/consultório:**

**Telefone:**

**Endereço:**

**ATESTADO**

Atesto, com o fim específico de dispensa de atividades trabalhistas (ou escolares, ou judiciárias), que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador (a) do CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ esteve sob meus cuidados profissionais no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ das \_\_\_:\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura**

**CRO:**

 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Nome da clínica/consultório:**

**Telefone:**

**Endereço:**

**ATESTADO**

Atesto, com o fim específico de dispensa de atividades trabalhistas (ou escolares, ou judiciárias), que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador (a) do CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ esteve sob meus cuidados profissionais no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ das \_\_\_:\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura**

**CRO:**

 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_