

**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:**

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