

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 ___/___/_____

devendo permanecer em repouso por _____ dias.

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:

___/___/_____