



Atesto que o(a) Sr.(a) _____,
encontra-se sob meus cuidados profissionais necessitando de afastamento de suas
atividades pelo período de _____.

Observações:

Área reservada para observações.

CIRURGIÃ(ÃO) DENTISTA: _____ INSCRIÇÃO: _____ UF: _____
LOCAL DE ATENDIMENTO: _____ CNES: _____
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ UF: _____ TELEFONE: _____
DATA DE EMISSÃO: _____

ASSINATURA DA(O) CIRURGIÃ(ÃO) DENTISTA