



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 do(a) Cirurgião(a) Dentista

ASSINATURA DA(O) CIRURGIÃ(ÃO) DENTISTA