

Prefeitura Municipal de Orlândia  
Centro Odontológico Municipal “Genuíno Nogueira”  
Avenida F n° 924 Jardim Boa Vista  
16 3820-8212 16 3820-8210

### **Declaração**

Declaro para os devidos fins que o

Sr(a) \_\_\_\_\_

Esteve sob meus cuidados profissionais no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Das \_\_\_\_ às \_\_\_\_ horas.

Estando impossibilitado de exercer suas atividades profissionais no dia  
citado.

**Cid** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Profissional responsável

\_\_\_\_\_  
Localidade

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
data