

Prefeitura Municipal de Orândia
Centro de Especialidades Odontológicas
Avenida F nº 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