

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

Observações:

Observações area with watermark: UFRN | HUAB EBSERH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

NOME DO(A) MÉDICO(A): _____ CRM: _____ UF: _____
LOCAL DE ATENDIMENTO: _____ CNES: _____
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ UF: _____ TELEFONE: _____
DATA DE EMISSÃO: _____

ASSINATURA MÉDICO(A)