



ATESTADO

Atesto para os fins _____

que o (a) paciente _____

Portador (a) do R.G. _____

Esteve sob meus cuidados profissionais no horário das _____ às _____

No dia ____ / ____ / ____

Devendo permanecer em repouso durante _____

CID _____

São Paulo, _____ de _____ de _____

Carimbo e assinatura

Anderson Romoli Ferrari
Cirurgião Dentista - CROSP 72750

Rua Viña Del Mar 544-B

Bairro Assunção – SBC

Tel.: 11 4351-2528

ferrari77_abc@hotmail.com



RECEITUÁRIO



Anderson Romoli Ferrari
Cirurgião Dentista - CROSP 72750

Rua Viña Del Mar 544-B

Bairro Assunção – SBC

Tel.: 11 4351-2528

ferrari77_abc@hotmail.com