



## **DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins \_\_\_\_\_, que o(a) Sr(a).  
\_\_\_\_\_, portador(a) do RG  
\_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, esteve sob meus cuidados  
profissionais nesta data de \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_, das \_\_\_\_ ás \_\_\_\_.

Pedreira, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

---

Assinatura