

Atestado

Atesto que, o paciente _____,
portador do RG de nº _____, esteve sob tratamento odontológico no
período
das _____ às _____ horas do dia ____/____/____, necessitando o (a) de ____
(_____) dia/s de repouso.

Cubatão, _____ de _____ de _____

Assinatura Paciente/Responsável

Carimbo e Assinatura