

# ATESTADO ODONTOLÓGICO

Atesto para os devidos fins que \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ esteve  
nesta data sob nossos cuidados profissionais para submeter-se a uma  
intervenção odontológica, devendo afastar-se de suas atividades habituais  
por um período \_\_\_\_\_. CID: \_\_\_\_\_.

\* Solicito/Autorizo o preenchimento do CID-10 pelo(a) odontólogo(a):

Assinatura paciente: \_\_\_\_\_

Castanhal-PA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Odontólogo (a) C R O – PA

# ATESTADO ODONTOLÓGICO

Atesto para os devidos fins que \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ esteve  
nesta data sob nossos cuidados profissionais para submeter-se a uma  
intervenção odontológica, devendo afastar-se de suas atividades habituais  
por um período \_\_\_\_\_. CID: \_\_\_\_\_.

\* Solicito/Autorizo o preenchimento do CID-10 pelo(a) odontólogo(a):

Assinatura paciente: \_\_\_\_\_

Castanhal-PA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Odontólogo (a) C R O – PA