**DECLARAÇÃO**

Eu, abaixo-assinado, Daniel Martinho Dias, médico, portador da cédula profissional 63783, declaro que **{nome}**, portador(a) do cartão de cidadão **{número}**, nascido(a) a **{data de nascimento},** se encontrou doente a **{data\_de\_doenca}**.

Por ser verdade e me ter sido pedido, emito a presente declaração que dato e assino.

**{data\_de\_doenca}**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Daniel Martinho Dias