

CERTIFICAÇÃO MÉDICA **DO TEMPO DE GRAVIDEZ**

NOME DO MÉDICO			, por	rtador d
Cédula Profissional N.º	m dos Médicos, declara p	oor sua honra prof	issional que, c	le acord
com exame ecográfico realizado, a grávida abaixo mencionad	da, na presente data, enco	ntra-se na 🔲 s	emana de 🤉	gravide
prevendo-se que o número de nascituros seja de 🔃				
dentificação da grávida				
Nome				
Data de nascimento	Identificação de Segurança	a Social		
Documento de Identificação(Certidão de Nascimento, Cartão de Cidadão, o		de	ano m	nês dia
Certificação				
informação clínica que fundamenta o presente certificado está	anotada e guardada no pro	ocesso clínico.		
ASSINA	TURA DO MÉDICO			
Data				