

ATESTADO



Atesto que o Sr. (a) _____

portador (a) de RG _____ necessitará manter-se


em repouso por um período de _____ (_____)

dias para sua convalescença.

CID: _____

Salvador, _____ de _____ de _____

 Av. Sete de Setembro, 880,
Ed. Poty, Sala 201-A, Dois de Julho,
CEP 40060-001, Salvador, Bahia

 atendimento@vitalsorrir.com
 (71) 2137.3094
 (71) 99607.1727