

LAUDO MÉDICO

Atesto que a(o) paciente _____

Com matrícula de número _____ é portador de _____

com CID _____, encontra-se sob meus cuidados com o seguinte estágio clínico atual

Carimbo Médico

Endereço:

Rua Magé - nº 326 - Penha Circular - CEP - 21020-130 - Tel.: 2136-9696 - Rio de Janeiro/RJ