



Eu _____, () médico/() psicólogo, em
atual exercício no município de _____,
devidamente registrado no CRM/ CRP _____, solicito o cancelamento da
indisponibilidade cadastrada em minha agenda no período de ____/____/____ à
____/____/____ pelos motivos abaixo:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Assinatura e carimbo do profissional