

## CERTIFICADO DE COMPROVAÇÃO DO TEMPO DE GESTAÇÃO

Estabelecimento de saúde \_\_\_\_\_

### A PREENCHER ANTES DA INTERVENÇÃO

Eu \_\_\_\_\_ (*em maiúsculas*),  
observei a Sra. \_\_\_\_\_, com  
o Processo clínico n.º \_\_\_\_\_, e atesto, de acordo com ecografia realizada  
a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, que a gravidez, nesta data, não excede as 10 semanas de gestação.

Etiqueta identificativa do médico/a

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_