



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES  
SECRETARIA REGIONAL DOS  
ASSUNTOS SOCIAIS  
Direcção Regional da Saúde

## 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.

Assinatura do médico/a

Assinatura \_\_\_\_\_

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