



SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE



PREFEITURA DE
SANTARÉM

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o segurado
_____ portador da
carteira de Identidade nº _____ Carteira de trabalho nº
_____ necessita de _____ (_____)
por extenso

dias de dispensa do serviço por doença (CID):

- UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS
- AMBULATÓRIO DO HOSPITAL MUNICIPAL
- CENTROS DE SAÚDE (Nome: _____)

_____, ____/____/_____
Localidade e Data

Carimbo e Assinatura do
Médico ou Odontólogo