



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS



ATESTADO DE MOLÉSTIA

Atesto para os devidos fins que _____

_____ não sofre de

moléstia infecto contagiosa ou psíquica nesta data, que o impeça

Quissamã, _____ de _____ de _____

Assinatura e Carimbo