



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



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que _____
_____ necessita de
afastamento do trabalho por _____ (_____) dias,
a partir de _____ / _____ / _____ por motivo de doença.

Quissamã, _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo