



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

19

End: Rua São Francisco nº 614 - Centro - Cep 18195-000 - Capela do Alto - SP
Fone - (15) 3267-1427

CONVÊNIO SUS/SP

Atesto para fins de abono de falta (s)

Atesto que o Sr. (a) _____

_____ Carteira Profissional nº _____ Série _____

Está incapacitado para o trabalho (_____) por motivo de

Doença e necessita de _____ (_____) dia(s) de

Afastamento.

CID: _____

Capela do Alto, ____ / ____ / ____.

Carimbo e Assinatura Médico