PREFEITURA MUNICIPAL DE TABATINGA

SUS - Serviço Unifado de Saúde

DIRETORIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Episcopal, Nº 1.070 - Centro - TABATINGA - SP - CEP 14.910-000

Fones (16) 3385-1145 - 3385-2417

ATESTADO

400 blocos c/100 folhas

Ao

Departamento Pessoal

Empresa:_____

Comunicamos para os devidos fins que o (a) funcionário (a)_____

_____

( ) Esteve em consulta,das _____ às_____horas, podendo retornar ao trabalho imediatamente; _____

Médico Responsável - Assinatura

( ) Esteve em consulta, devendo ser dispensado do serviço na data de hoje;

_____

Médico Responsável - Assinatura

( ) Esteve em consulta, devendo ser dispensado do serviço por _____ dias a contar da data de hoje;

_____

Médico Responsável - Assinatura

( ) Encontra-se em tratamento, devendo permanecer afastado(a) do serviço por um periodo de 15 (quinze) dias;

_____

Médico Responsável - Assinatura

( ) Deverá retornar a consulta dia _____/_____ 20 _____,às _____ horas;

_____

Médico Responsável - Assinatura

( ) Esteve acompanhando membro da família das _____ às _____ horas;

_____

Médico Responsável - Assinatura

( ) Outras;

_____

_____

Médico Responsável - Assinatura

Cid. (_____)_____

Tabatinga-SP_____de_____ de 20_____

_____

Médico Responsável - Assinatura