



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
URS.ª MARIA CONCEIÇÃO BRANCO
Rua Lucília Coelho de Oliveira, 65
FONE: 3415 2116/3415 3029

ATESTADO

ATESTADO para o (a) senhor (a) _____
Id. _____, necessária
de _____ dias de afastamento, a partir
de _____, por motivo de
doença.
O/ª _____

Em caso de resultado negativo de exame para covid-19, este
atestado incorre-se automaticamente com apresentação da cópia
do mesmo.

MARÍLIA, ____ / ____ / ____



Assinatura e Carimbo do Médico

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Código de ética médica, capítulo X artigos 118 à 117