

19
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA PONTE - MG



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO

ATESTO para os devidos fins que o(a)

Sr.(a) _____

está enfermo(a) e necessita de _____ dias de licença, a vigorar de
_____ de _____ de 20 _____, para recuperação de sua
capacidade laborativa.

São João da Ponte, MG, _____ de _____ de 20 _____,

Médico CRM-MG