



Prefeitura Municipal de Potim
"Terra do Artesanato"

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o Sr.(a)

necessita _____ dias de licença de _____

_____, por motivo de doença

CID _____

Potim, _____ de _____ de _____

ESTE ATESTADO ESTÁ PROTEGIDO POR LEI FEDERAL