



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde

Data: ___/___/___

UBS: _____

JUSTIFICATIVA DE FALTAS

A justificativa deverá ser preenchida presencialmente, de próprio punho pelo paciente e assinado (salvo os casos em que o mesmo não seja alfabetizado e poderá ser feito pela equipe da UBS). Deverá constar também a assinatura e carimbo do coordenador da unidade.

Eu, _____
portador do RG _____ e do CPF _____ venho justificar minha
ausência no agendamento de _____
pelo motivo _____.

Assinatura do Paciente

Carimbo e assinatura do coordenador



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde

Data: ___/___/___

UBS: _____

JUSTIFICATIVA DE FALTAS

A justificativa deverá ser preenchida presencialmente, de próprio punho pelo paciente e assinado (salvo os casos em que o mesmo não seja alfabetizado que poderá ser feito pela equipe da UBS). Deverá constar também a assinatura e carimbo do coordenador da unidade.

Eu, _____
portador do RG _____ e do CPF _____ venho justificar minha
ausência no agendamento de _____
pelo motivo _____.

Assinatura do Paciente

Carimbo e assinatura do coordenador