



**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**