PREFEITURA MUNICIPAL DE XAXIM-SC
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que o Sr. (a)_____

_____, esteve em consulta no dia _____/_____/____ das _____ hs até as _____hs., na Unidade de Saúde_____.

_____,_____de_____de 20_____
Local-Data

_____
Assinatura e Carimbo do Responsável
Pelo Atendimento

Fone/Fax: 49 3353.1263 - 3353.8239
Rua Senador Nereu Ramos, 500 - CEP 89825-000 - Xaxim-SC
saude.compras.xaxim@gmail.com

SMS - 02