



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONVÊNIO MUNICIPALIZADO

20

End: Rua São Francisco, N° 614 - Centro - CEP: 18.195-000 - Capela do Alto/SP

Fone: (15) 3267-1427

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro, para os devidos fins, que

Sr.(a) _____

Compareceu a esta Unidade de Saúde, no dia.

_____/_____/_____ no período de ____:____ às ____:____ Horas

Para o fim de: _____

Capela do Alto, ____/____/_____.

Carimbo e Assinatura Responsável