GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
C.S. III - Dr. Maia de Carvalho
- Diretoria Municipal de Saúde -
Rua Episcopal, 1070 - Centro
Fone/Fax: (16) 3385-1145
Tabatinga - SP
CEP 14910-000

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaramos que o Sr.(a)_____

_____C.P._____compareceu a

este serviço_____no dia_____

às_____horas para fins_____

permanecendo nesta unidade de_____às_____horas.

Tabatinga,_____de_____de 20_____

_____
Assinatura (Médico ou Enfermeiro)
(Usar carimbo)