



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que o(a) Sr.(a) _____

_____, portador do documento nº _____,

compareceu na data de ____/____/_____, às _____ horas, para o fim de:

João Monlevade, ____ de _____ de ____.

Unidade de Saúde

Carimbo/Assinatura Profissional Responsável

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Getúlio Vargas, 2.640 - Belmonte - João Monlevade/MG - CEP: 35930-293

E-mail: saude@pmjm.mg.gov.br