

Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Saúde da Mulher e da Criança – Rua Coronel Izalino, nº 106 – Centro – Muriaé
Serviço de Ultrassonografia



40

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que o (a) paciente

Esteve neste estabelecimento para a realização de exame de ultrassonografia,

no período de ____ às ____ horas, no dia ____/____/____.

Muriaé, ____/____/____.

carimbo / assinatura