



DECLARAÇÃO

DECLARO PARA FINS NECESSÁRIOS QUE O (A) SR. (A)

_____ ESTEVE

EM CONSULTA MÉDICA NESTE PSF, NO BAIRRO _____

ÀS _____ : _____ Hrs.

SANTA RITA DO SAPUCAÍ, _____ DE _____ DE _____

MÉDICO (assinatura e carimbo)