



PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRA DE MINAS

Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social

Rua Inácio da Costa Rezende - 87 - Centro - TEL/FAX: (0\*\*35) 3472-1400 - CEP 37545-000

# DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE  
COMPROVAÇÃO, QUE O

(A) PACIENTE \_\_\_\_\_  
COMPARECEU A ESTE CENTRO DE SAÚDE POR  
MOTIVO DE \_\_\_\_\_, NO  
DIA \_\_\_\_\_.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura e Carimbo