



Secretaria Municipal de
Saúde



ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o Sr.(a): _____

compareceu a esta Unidade de Saúde para:

- () Tratamento de Emergência;
- () Exames Laboratoriais, Radiológicos e Outros;
- () Tratamento Ambulatorial;
- () Acompanhamento de Familiares:

Nome do acompanhado (a) e grau de parentesco.

Data: ____/____/20____ Horário: das ____ às ____ horas.

Assinatura do profissional responsável - sob carimbo de identificação.

NOTA:

- 1 - A emissão do ATESTADO MÉDICO é reservada aos casos que estiverem sob os cuidados deste profissional
- 2 - Aos demais casos será fornecido o ATESTADO DE COMPARECIMENTO, que poderá ser assinado pelo profissional CHEFE DO SETOR onde o paciente recebeu o atendimento.