



Estado do Rio Grande do Sul

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIOZINHO

Secretaria Municipal de Saúde

COMPROVANTE DE ATENDIMENTO

Comprovo para fins de _____

que o(a) Sr.(a) _____

esteve na Unidade Básica de Saúde da Prefeitura Municipal de

Riozinho, para realizar uma consulta _____

No dia _____ / _____ / 20____. Com início às _____:

e término às _____:_____ .

Riozinho, _____ de _____ de 20 _____

Profissional Responsável