

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

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

Compareceu a **Unidade de Pronto Atendimento - VALÉRIA**

No dia ____/____/____ das ____:____ às ____:____ para realização de:

Consulta Médica

Exame

Revisão Médica

Outros

Salvador, ____ de _____ de _____

Ass. Do Médico - Nº CRM

Unidade de Pronto Atendimento - Valéria

Rua Lavrador, S/N – Valéria, Salvador/BA, CEP: 41300-470