C E R T I D Ã O

Certifico que o paciente:_____aos ____/____/____, as _____hs, esteve na Unidade de Saúde:_____

_____ deste Município de Baliza - Goiás.

O qual não foi atendido pelo profissional, _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Baliza-GO, aos _____/_____/_____

Diretora da Unidade

ANDRÉA ARRAZ PESSOA

ENFERMEIRA