



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE "DR. ADIB D. SAAD" DE NOVA GRANADA
RUA JACINTO RUIZ GARCIA, Nº. 513 - CENTRO - Tel./Fax 3262-5520 - Cep 15.440-000
E-MAIL: centrodesaude@granadanet.com.br

CERTIDÃO NEGATIVA DE COMPARECIMENTO.

(EMITIDA DE ACORDO COM RECOMENDAÇÃO DO MPF/SP COM BASE NA LEI DA TRANSPARÊNCIA)

O (A) SENHOR (A) , _____, ESTEVE
PRESENTE NESTA UNIDADE DE SAÚDE : _____ NO
DIA ____/____/____, ÀS ____: ____.

NA REFERIDA DATA E HORÁRIO, O PROCEDIMENTO ABAIXO ASSILNADO DEIXOU DE
SER REALIZADO.

- () CONSULTA
- () EXAME
- () CURATIVO
- () CIRURGIA
- () OUTROS: _____

PELO MOTIVO ABAIXO ASSINALADO:

- () PACIENTE ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE _____
- () PACIENTE CHEGOU ATRASADO.
- () CONSULTA/PROCEDIMENTO REMARCADO PARA OUTRA DATA _____
- () INTERCORRÊNCIA COM O PROFISSIONAL QUE REALIZARIA O PROCEDIMENTO: _____
- () OUTROS : _____

PARA TODOS OS FINS, EU _____, DECLARO
SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES ACIMA.

NOVA GRANADA, _____ DE _____ DE _____.