

fracasso consulta ESF
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
FORTUNA DE MINAS

Nome: _____

Sua consulta com o médico (a):

Dr(a): _____

está marcada para ____ / ____ / ____.

_____ -feira.

Caso não possa comparecer, por favor avise com antecedência. Em caso de falta sem justificativa, a remarcação só será possível após 30 (trinta) dias.

Agradecemos a compreensão.

OBS.: É indispensável a apresentação do cartão SUS na hora da consulta.