DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO
ACOMPANHANTE

Declaro que_____ esteve _____
_____ na data ___/___/___ acompanhando
o(a) paciente _____
em consulta médica/enfermagem, no período da ☐ Manhã ☐ Tarde

_____ , ___/___/___
LOCAL DATA

_____
CARIMBO E ASSINATURA