DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO ACOMPANHANTE

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

_____ , ___/___/___

LOCAL DATA

_____

CARIMBO E ASSINATURA