



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONGAGUÁ

ESTADO DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO SOCORRO CENTRAL VERA CRUZ

Av. São Paulo nº 3.288 - fone: (13) 3303.6651



DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que o segurado

..... portador do RG (Registro

Geral) nº, permaneceu neste Pronto Socorro no dia

...../...../..... das:..... hs às:..... Hs

.....

ficando o atendimento registrado em FAA (Ficha de Atendimento Ambulatorial),

sob o nº

Monaguá/...../.....

Ass. do Funcionário do Pronto Socorro



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONGAGUÁ

ESTADO DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO SOCORRO CENTRAL VERA CRUZ

Av. São Paulo nº 3.288 - fone: (13) 3303.6651



DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que o segurado

..... portador do RG (Registro

Geral) nº, permaneceu neste Pronto Socorro no dia

...../...../..... das:..... hs às:..... Hs

.....

ficando o atendimento registrado em FAA (Ficha de Atendimento Ambulatorial),

sob o nº

Monaguá/...../.....

Ass. do Funcionário do Pronto Socorro

