



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 ACOMPANHANTE

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a)

..... portador do RG (Registro

Geral) nº, permaneceu neste Pronto Socorro para
acompanhar o(a) paciente.....

no dia...../...../..... das:..... hs às:..... hs.

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 ACOMPANHANTE

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a)

..... portador do RG (Registro

Geral) nº, permaneceu neste Pronto Socorro para
acompanhar o(a) paciente.....

no dia...../...../..... das:..... hs às:..... hs.

Monaguá/...../.....

Ass. do Funcionário do Pronto Socorro