



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**

ESTADO DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL ANJO GABRIEL

Rua João Judas Tadeu, 200 Jardim Odorico, Tel: (11) 4419-2300



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**

ESTADO DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL ANJO GABRIEL

Rua João Judas Tadeu, 200 Jardim Odorico, Tel: (11) 4419-2300



**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.

Mairiporã ...../...../.....

Ass. do Funcionário do Pronto Socorro

**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.

Mairiporã ...../...../.....

Ass. do Funcionário do Pronto Socorro