

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO (PACIENTE)

Declaro que o(a) paciente _____

portador da carteira de identidade nº _____
permaneceu nesta unidade, no dia
____/____/____ das ____ às ____h.

Castanhal-PA, ____ de ____ de 20____

Assinatura de carimbo

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO (PACIENTE)

Declaro que o(a) paciente _____

portador da carteira de identidade nº _____
permaneceu nesta unidade, no dia
____/____/____ das ____ às ____h.

Castanhal-PA, ____ de ____ de 20____

Assinatura e carimbo