



ELOS MA
SERVIÇOS MÉDICOS

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

AFASTAMENTO TEMPORÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº Matrícula: **2029** Data Nascimento: 29/08/1977 RG:
Nome: **NIVALDO FRANCISCO ALVES FILHO** CPF:
Endereço: SEM ENDEREÇO Bairro: SEM ENDEREÇO
Cidade: ARAÇATUBA CEP: 00001-001

Declaramos para os devidos fins que, o paciente identificado, compareceu a esta unidade médica, como consta registro armazenado na ficha de atendimento nº **65399** no dia 26/09/2025 às até

Eu, **NIVALDO FRANCISCO ALVES FILHO**

autorizo o médico a declarar nominalmente, ou através do CID, meu diagnóstico, liberando-o da guarda do sigilo profissional.

CID

Z00.

NIVALDO FRANCISCO ALVES FILHO
Paciente ou Responsável

NIVALDO FRANCISCO ALVES FILHO
CRM 105526