



## **DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO**

### **AFASTAMENTO TEMPORÁRIO DE ACOMPANHANTE**

#### **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 \_\_\_\_\_. Acompanhado(a) do Sr(a) \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_

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

**CID**  
**Z00.**

---

**Paciente ou Responsável**

---

**NIVALDO FRANCISCO ALVES FILHO**  
**CRM 105526**