



PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPÍRITO SANTO DO PINHAL
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO

Unidade: _____

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

DECLARO que o paciente _____

Permaneceu nesta Unidade no dia _____ de _____

de _____ às _____ horas para fim de _____

Espírito Santo do Pinhal, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Profissional e Registro