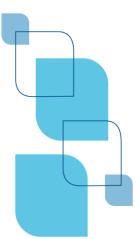


DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO - ACOMPANHANTE

Declaro para os devidos fins que o (a) Sr. (a) [Nome do Paciente] compareceu a este Centro Médico no dia [XX/XX/XXXX], das (Xh) às (Xh), acompanhando o paciente para atendimento médico especializado.

Curitiba, [XX] de [mês] de [XXXX].

Nome do emitente e assinatura Centro Médico Adventista de Curitiba



 [@] centromedicoadventista.pr

[🔘] Un. 1: Al. Julia da Costa, 1447, Bigorrilho, Curitiba - PR

O Un. 2: R. Alferes Angelo Sampaio, 2585, Bigorrilho, Curitiba - PR