Centro Médico Adventista
Curitiba

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

(41) 3240-2900
@centromedicoadventista.pr
Un. 1: Al. Julia da Costa, 1447, Bigorrilho, Curitiba - PR
Un. 2: R. Alferes Angelo Sampaio, 2585, Bigorrilho, Curitiba - PR