



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ
DO VALE DO RIO PRETO**
Secretaria Municipal de Saúde

**HOSPITAL MATERNIDADE
SANTA THERESINHA**

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que o segurado _____

portador da carteira profissional nº _____ série _____

permaneceu nesta unidade no dia _____ de _____ às _____ horas

para o fim de:

Hospital, Ambulatório ou PA

Localidade e Data

Assinatura e nº do Servidor