



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL CONDE MODESTO LEAL



DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que o segurado, _____

Portador da Certeira profissional N.º _____ Série _____

permaneceu nesta unidade no dia _____ de _____

de _____ às _____ horas para fim de:

Hospital, Ambulatório ou PU

Localidade e Data

Ass. e N.º do Servidor