

**DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO**

Nome do(a) beneficiário(a): \_\_\_\_\_

☐ Agendamento de exames.

☐ Retirada de exames de imagens.

☐ Submeter-se a exames.

☐ Dia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas, no centro diagnóstico Capão raso.

• DEVE RETORNAR AO TRABALHO.

\_\_\_\_\_ *carimbo e assinatura do responsável*

**DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE**

O Sr.(a): Alcides Augusto dos Reis

esteve no dia: 24/10/22, às 15h19 horas, acompanhando o

O Sr.(a): Guilherme dos Reis

em consulta ou procedimento:

CLINICA DE DIAGNÓSTICO CAPÃO RASO

\_\_\_\_\_ *carimbo e assinatura do responsável*