

# **MODELO – ÍTEM 15**



## PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI

UNIDADE MISTA DE SAÚDE "Dr. Taminato Tion"

Rua Benedito Calixto, 260 - Centro - Itariri - SP

Tel./Fax: (13) 3418-8000

9

### DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

#### CONVÊNIO 07/83

DECLARO QUE O SEGURADO(A) \_\_\_\_\_

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº \_\_\_\_\_ SÉRIE \_\_\_\_\_

PERMANECEU NESTA UNIDADE DE SAÚDE NO DIA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

AS \_\_\_\_\_ HORAS PARA FINS DE:

\_\_\_\_\_  
LOCAL / DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO  
CRM