

 HOSPITAL DO CENTRO <i>Sempre cuidando de você!</i>	MODELO		
	MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE		
	Código: MOD.HC.GQ.009	Versão: 002	Página: 1 de 1



DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE

Declaro que, _____, portador do CPF: _____, permaneceu como acompanhante do (a) paciente _____, no dia ____/____/____, das ____ às ____ horas, o qual encontra-se internado nessa instituição para tratamento de saúde.

Atenciosamente.

Campo Largo, XX de XXXXXXXX de 2021.

Carimbo e assinatura do Enfermeiro do Setor