



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
Direção Regional da Saúde

DECLARAÇÃO DE PRESENÇA

Declara-se para os devidos efeitos, que _____,
portador do _____, com o nº _____, esteve presente nesta Instituição pelo
seguinte motivo:

Consulta

Exame

Tratamento

Acompanhamento de doente com grau de parentesco ou afinidade nos termos da Lei

A presente declaração corresponde a:

Data : ___/___/_____ das ___:___ às ___:___

Período : ___/___/_____ das ___:___ ao dia ___/___/_____ às ___:___

Por ser verdade, assina-se e autentica-se a presente declaração.

_____, ____ de _____ de _____.

(Nome do funcionário)