



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)