Cismisel
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE SETE LAGOAS

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO/ ACOMPANHAMENTO

Comprovação de Presença no Serviço de Saúde

Código: DEC.COMP.AC.
Emissão: out.2026
Versão: 02

DENTIFICAÇÃO DO(A) SOLICITANTE

01 **NOME COMPLETO**

02 **CPF (se houver)**	03 **Data de Nasc.:** ____ / ____ / _____	04 **DATA DO COMPARECIMENTO** ____ / ____ / _____

05 FINALIDADE

☐ **COMPARECIMENTO DO(A) SOLICITANTE** ☐ **ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE**

06 ATENDIMENTO:

☐ Consulta ☐ Exame ☐ Procedimento ☐ Outro: _____

07 IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE ACOMPANHADO(A)

Preencher somente se assinalada a opção Acompanhamento de Paciente.

08 **Nome:**

09 **CPF: (se houver)**	10 **Data de Nasc.:** ____ / ____ / _____

Declaramos, para os devidos fins, que o(a) solicitante acima identificado(a) compareceu a esta instituição, na finalidade assinalada, na data e no período registrados abaixo:

11 **HORÁRIO DE ENTRADA** _____ : _____	12 **HORÁRIO DE SAÍDA** _____ : _____

OBSERVAÇÃO: Este documento comprova exclusivamente o comparecimento no período informado, sem recomendação de afastamento. O eventual abono da ausência dependerá da legislação aplicável, norma coletiva, regulamento interno ou anuência do empregador.

13 Sete Lagoas - MG, _____ de _____ de _____.

0

_____

14 **Responsável Pela Emissão - Nome / Cargo / Setor**