



CORREIOS

TAXA DE REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTE

Paciente: _____

Nº do cartão: _____

Declaro para os devidos fins ter acompanhado o paciente acima e ter feito as refeições neste estabelecimento nos dias descritos abaixo especificados:

__/__/____ ASS: _____

__/__/____ ASS: _____

__/__/____ ASS: _____

__/__/____ ASS: _____

__/__/____ ASS: _____

__/__/____ ASS: _____

__/__/____ ASS: _____

__/__/____ ASS: _____

__/__/____ ASS: _____

__/__/____ ASS: _____

__/__/____ ASS: _____

__/__/____ ASS: _____

__/__/____ ASS: _____

__/__/____ ASS: _____