



**CENTRO DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS – CEO**

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que _____

portador do CNS: _____ permaneceu nesta

Unidade no dia ____/____/____, de ____ às ____ hs.

_____, ____ 20____.
LOCAL E DATA

**CENTRO DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS – CEO**