

ANEXO I

Solicitação de Documentos

Eu, _____, solicito
(nome completo do paciente/representante legal)
do Hospital _____ a documentação referente ao
procedimento eletivo _____ pelo motivo
(nome do procedimento cirúrgico)
de _____.

Tomo a ciência que, com esta documentação estará excluído o
paciente _____, CNS _____
da lista de espera atual, e em caso de reconsideração encaminharei o processo à
Secretaria Municipal de Saúde para novo pedido de nova inclusão na lista.

Ciente.

Local:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura (por extenso) do paciente ou responsável ou representante legal

Nº do documento (CPF):