



CERTIDÃO DE NÃO ATENDIMENTO

O(A) Senhor(a): _____

RG: _____, Nascido(a) em: ____ / ____ / _____ filho da
Senhora: _____,

esteve presente na Unidade de Saúde de: _____

no dia ____ / ____ / _____, no horário: _____ h _____ min.

Na referida data e horário não foi(foram) realizado(s) o(s) seguinte(s) atendimento(s):

Consulta

Exame

Cirurgia

Curativo

Outro: _____

Tal medida se deu pela(s) seguinte(s) razão(razões):

Paciente deveria procurar outra unidade de saúde;

Paciente classificado como verde/azul(baixa prioridade de atendimento);

Paciente chegou atrasado;

Procedimento/consulta foi remarcada para a outra data:*

Profissional envolvido em outra atividade(especificar): _____

Outros: _____

* Neste caso, indicar abaixo as razões pelas quais houve remarcação do procedimento ou da consulta para outra data:

Para todos os fins, eu _____,

matrícula: _____, declaro serem verdadeiras as informações acima.

Nome do Servidor/matrícula e assinatura

(Este documento foi elaborado a partir da Recomendação do Ministério Público Federal, que se baseou na Lei de Acesso à Informação)