



## 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)