

Araucária, _____ de _____ de _____.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E CIÊNCIA
Saída de Fila de Espera

Eu, _____,
portador do RG: _____ e do CPF: _____ e
C.N.S.: _____ declaro que NÃO necessito mais da(o) consulta/
exame _____ solicitado, pelo
motivo (informar o motivo pelo qual deseja sair da fila) _____
_____ e AUTORIZO a
retirada do meu nome da fila de espera, ciente de que caso precise novamente, terei que reiniciar
o meu atendimento na Unidade Básica de Saúde referenciada ao meu endereço.

Atenciosamente,

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável (Acompanhante)

PARECER DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

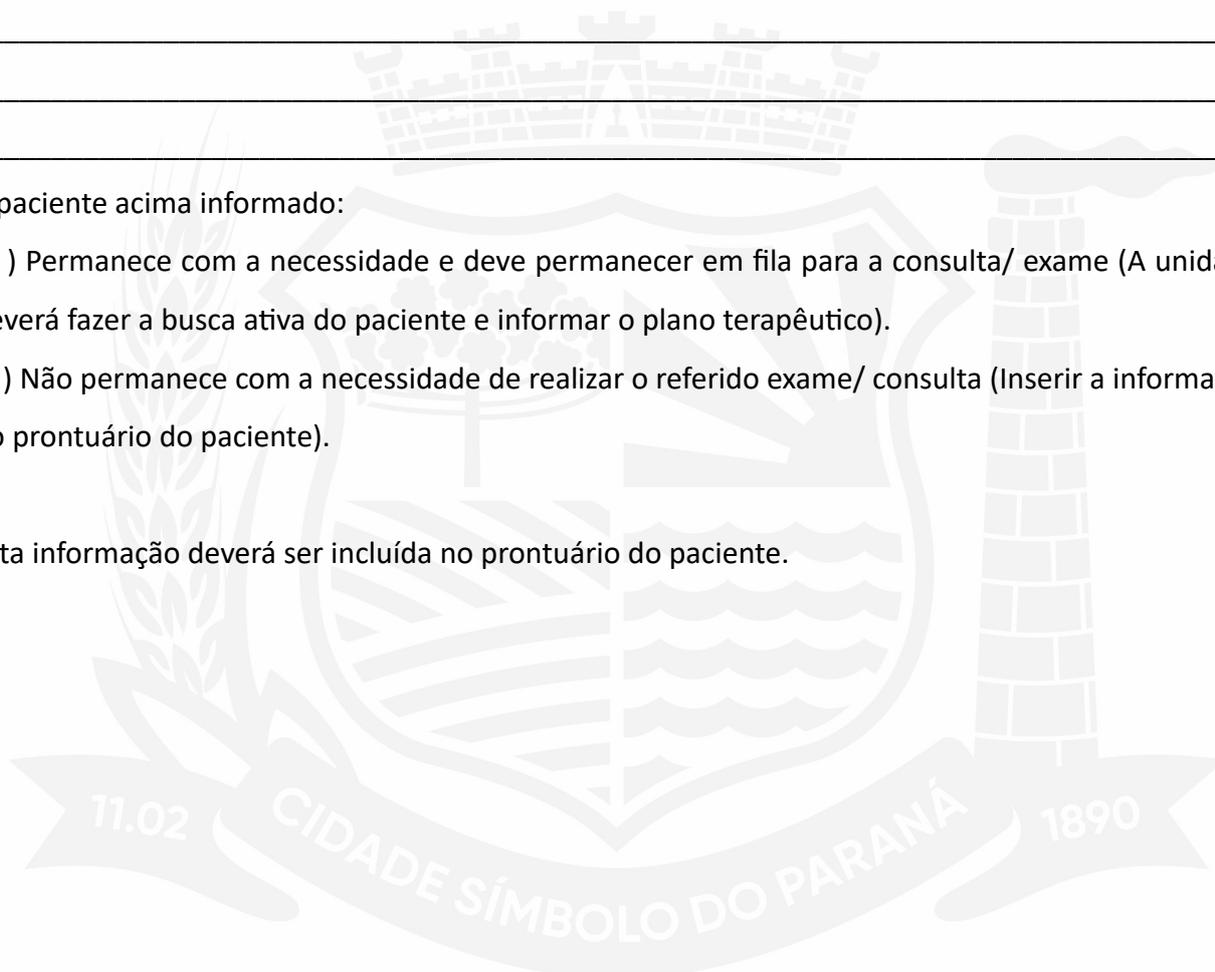
Informo que de acordo com o quadro clínico avaliado pela equipe interdisciplinar (descrever o quadro)_____

o paciente acima informado:

() Permanece com a necessidade e deve permanecer em fila para a consulta/ exame (A unidade deverá fazer a busca ativa do paciente e informar o plano terapêutico).

() Não permanece com a necessidade de realizar o referido exame/ consulta (Inserir a informação no prontuário do paciente).

Esta informação deverá ser incluída no prontuário do paciente.



Assinatura e carimbo da coordenação