

Solicitação de Transporte Sanitário Eletivo – TSE Continuado

À Coordenação de Transporte Sanitário Eletivo – COTSE/SMS,

Eu, _____,
RG nº. _____, CPF nº. _____, CNS nº. _____, nascido
em ____ de _____ de _____, residente na _____
_____, em Alexânia/GO, telefone
() _____-_____, **SOLICITO** o serviço municipal de Transporte Sanitário Eletivo – TSE
CONTINUADO para Tratamento Fora do Domicílio – TFD de () quimioterapia, () radioterapia,
() hemodiálise, () serviços de reabilitação, () serviços de reabilitação ou ()
_____, agendado/regulado para
() domingo, as ____:____, () segunda-feira, as ____:____, () terça-feira, as ____:____, ()
quarta-feira, as ____:____, () quinta-feira, as ____:____, () sexta-feira, as ____:____, ()
sábado, as ____:____, a ser realizado no(a) _____
_____, em _____/____.

Caso o solicitante seja o Responsável Legal do usuário/paciente:

Dados do usuário/paciente:

_____,
RG nº. _____, CPF nº. _____, CNS nº. _____, nascido
em ____ de _____ de _____, residente na _____
_____, em Alexânia/GO.

Caso o usuário/paciente necessite de Acompanhante:

Dados do acompanhante:

_____, RG nº. _____,
CPF nº. _____, nascido em ____ de _____ de _____, residente
na _____,
em Alexânia/GO, telefone () _____-_____.
_____/____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Usuário/Paciente ou do seu Responsável Legal

Recebido em ____ de _____ de _____.