

Solicitação de Transporte Sanitário Eletivo – TSE Eventual

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 **EVENTUAL** para Tratamento Fora do Domicílio – TFD de (__) exame clínico, (__)
internação cirúrgica, (__) internação clínica, (__) quimioterapia, (__) radioterapia, (__)
hemodiálise, (__) consulta médica, (__) avaliação médica, (__) serviços de reabilitação ou (__)
_____ agendado/regulado
para o dia ____ de _____ de _____, 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 _____.