**AUTODECLARAÇÃO DE INDISPONIBILIDADE DE ASSISTÊNCIA OU LONGA ESPERA NO SERVIÇO ÚNICO DE SAÚDE(SUS)**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, discente do curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro que no período de (\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) a (\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) procurei atendimento na rede pública de saúde municipal/estadual na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*discriminar o tipo de assistência*), contudo não tive acesso em razão de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*especificar os motivos pelo não atendimento da demanda*). Assim, para ter acesso a assistência de saúde mencionada precisarei de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (média dos *valores dos três orçamentos*). Portanto, declaro sob penas previstas em legislação que as informações prestadas nesta declaração são verdadeiras, estando ciente das penalidades.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cidade), \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) discente