## 

## Modelo de carta para exigir a realização de exames, tratamentos ou cirurgias solicitadas pelo médico em prazo razoável

**[Local, data]**

Ao(À) Diretor(a) do **[Hospital, Pronto-Socorro, Unidade ou Serviço de Saúde]**

C/c ao(à) Secretário(a) Municipal de Saúde

Prezado(a) Senhor(a),

Em **[data]**, compareci ao **[nome do estabelecimento de saúde]**, localizado à **[endereço]**, para a realização de consulta com **[inserir a especialidade do médico que realizou a consulta, por exemplo, clínico geral, ortopedista, urologista etc.]**.

O(a) médico(a), Dr(a). **[nome do(a) médico(a) responsável pelo seu tratamento]**, tendo em vista o meu estado de saúde **[se possível, indique a doença e mais detalhes de seu tratamento. Caso tenha esta informação, identifique o CID – Código Internacional de Doenças]**, constatou a necessidade da realização de **[especifique o tipo de exame, tratamento ou cirurgia solicitada pelo(a) médico(a)]**.

Todavia, fui informado(a) de que não poderei ser atendido(a)/ou apenas poderei ser atendido(a) em **[insira a data indicada pelo estabelecimento de saúde para realização do procedimento]**, o que pode implicar em sério prejuízo à minha saúde.

Essa excessiva demora desrespeita direitos previstos na Constituição Federal, em especial a dignidade humana (artigos 1º, inciso III e artigo 5º, *caput*) e a saúde (artigos 196 e 198, inciso II), indicada como direito de todos e dever do Estado, que tem a obrigação de proporcionar um atendimento integral.

A demora no atendimento também fere a Lei nº 8080/90, que criou o Sistema Único de Saúde (“SUS”), que garante o acesso aos serviços de saúde de maneira eficaz e sem qualquer tipo de discriminação. Ademais, vai de encontro com o direito a atendimento ágil, tal como garantido no art. 3º, parágrafo único, inciso I, da Portaria n° 1.820, de 13 de agosto de 2009, que estabelece os direitos e deveres dos usuários da saúde.

Diante do exposto, solicito providências no sentido de que o(a) (especificar o exame, tratamento ou cirurgia) do(a) qual necessito seja agendado(a) e realizado(a) em prazo razoável **[você pode sugerir um prazo de 1 a 30 dias, dependendo da gravidade da situação, ou, se possível, indicar o prazo fornecido pelo(a) médico(a)]**, sob pena de ser colocada em risco minha saúde.

Certo(a) de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos como cidadão(ã), agradeço antecipadamente. Informo que, caso não seja atendida minha solicitação no prazo acima, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

**[Assinatura]**

**[Nome completo. Acrescente também seu endereço e outros meios para que o estabelecimento entre facilmente em contato com você, tais como telefone e e-mail].**