##

## Modelo de carta para exigir tratamento igualitário no acesso aos serviços de saúde – Denunciar a ocorrência de “fila dupla”

**[Local, data]**

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

C/c ao(à) Secretário(a) Municipal de Saúde **[também é possível denunciar ao conselho municipal ou estadual de saúde]**

Prezado(a) Senhor(a),

Em **[data]**, compareci ao **[nome do estabelecimento de saúde]**, localizado à **[endereço]**, pretendendo agendar **[consulta, exame, tratamento, cirurgia – se possível, especificar, por exemplo, consulta com clínico geral, exame de raios X etc.]**.

Ocorre que, enquanto aguardava, notei privilégio no atendimento médico e ambulatorial àqueles que possuíam convênios médicos ou remuneravam diretamente o serviço de saúde, a quem era proporcionado um acesso diferenciado e especial aos serviços.

A existência de “fila dupla” fere 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. Além disso, vai de encontro com a garantia de acesso a bens e serviços ordenados e organizados para a garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde, tal como previsto no art. 2° da Portaria n° 1.820, de 13 de agosto de 2009, que estabelece os direitos e deveres dos usuários da saúde.

Ademais, há desobediência ao princípio constitucional da impessoalidade (artigo 37, caput), que impõe ao poder público o dever de não favorecer nem discriminar quem quer que seja por motivos pessoais, como as condições financeiras de quem solicita o serviço público.

Assim, um estabelecimento de saúde integrante do SUS não pode levar em conta a situação econômica vantajosa do paciente para lhe conceder atendimento preferencial.

Diante do exposto, solicito providências no sentido de que o acesso a este serviço público de saúde seja igual para todos os usuários, proibindo-se qualquer tipo de discriminação.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos como cidadão(ã), agradeço antecipadamente. Informo que, caso não seja atendida minha solicitação no prazo de 10 (dez) dias, 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].**