

ANEXO IV

DECLARAÇÃO

Nome do Paciente:

N.º do Registro:

Nome do Responsável:

CPF: Carteira de Identidade:

Endereço: Telefone:

Eu, , declaro ter conhecimento de que o Hospital Beneficente São Pedro é uma instituição filantrópica, de assistência social, que mantêm convênio com o Sistema Único de Saúde – SUS, e que, por isso, os seus serviços próprios prestados aos pacientes baixados pelo SUS são gratuitos, em virtude de imunidade tributária.

Diante disso, comunico que:

Garibaldi, ____ de ____ de ____

Testemunhas:



Ilmo(a) Sr(a):

EM MÃOS

HOSPITAL BENEFICENTE SÃO PEDRO, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Travessa 31 de Outubro, nº. 07, Garibaldi/RS, inscrito no CNPJ sob nº. 90.052.804/001-27, vem pela presente comunicá-lo que no dia de recebeu reclamação, através de seu Serviço de Atendimento ao Cliente, por parte do sr(a) de que V. Sa teria ("tentado cobrar" ou "cobrado") dos familiares e/ou do paciente internado através do Sistema Único de Saúde – SUS, a importância de R\$ (.....), à título de

Considerando-se que tal cobrança mostra-se ilegal, tendo em vista que o atendimento aos pacientes internados pelo SUS deve ser gratuito, servimo-nos da presente para NOTIFICÁ-LO a fim de que V. Sa., no prazo de 48h (quarenta e oito horas) a contar do recebimento desta, compareça junto ao nosso Serviço de Atendimento ao Cliente, a fim de prestar esclarecimentos sobre o fato noticiado, independentemente da instauração de inquérito administrativo a partir da denúncia formulada, comunicando-se o fato as autoridades legais para as devidas providências.

Na certeza de imediato atendimento à presente, somos, cordialmente,

.....
p/Hospital Beneficente São Pedro

Ciente:

Data:/...../.....

