

Documento deve ser preenchido preferencialmente de única grafia.



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Complexo Regulatório do Estado de Sergipe  
Central de Tratamento fora de Domicílio - TFD

## TERMO DE DESISTÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, venho através deste, formalizar minha desistência referente ao agendamento do dia \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por motivo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA**