



ESTADO DE ALAGOAS  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
 COORDENAÇÃO GERAL DE FARMÁCIA E BIOQUÍMICA

### TRANSFERÊNCIA DE CADASTRO DE PACIENTE DIABÉTICO INSULINODEPENDENTE

UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_  
 USUÁRIO: \_\_\_\_\_  
 CNS: \_\_\_\_\_  
 DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

#### DOCUMENTOS ENTREGUES AO PACIENTE:

- CADASTRO DE PACIENTE DIABÉTICO INSULINODEPENDENTE  
 TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE – APARELHO

PACIENTE RECEBEU APARELHO?  SIM  NÃO

Paciente transferido para a **Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_  
 por ser mais próxima de sua residência.

\_\_\_\_\_  
 ASSINATURA DO PACIENTE

\_\_\_\_\_  
 ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA DA TRANSFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

**O paciente deverá dirigir-se a nova unidade portando todos os documentos entregues para transferência e este formulário. Lembrando que a partir da data de transferência o paciente ficará vinculado à nova unidade.**



ESTADO DE ALAGOAS  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
 COORDENAÇÃO GERAL DE FARMÁCIA E BIOQUÍMICA

### TRANSFERÊNCIA DE CADASTRO DE PACIENTE DIABÉTICO INSULINODEPENDENTE

UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_  
 USUÁRIO: \_\_\_\_\_  
 CNS: \_\_\_\_\_  
 DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

#### DOCUMENTOS ENTREGUES AO PACIENTE:

- CADASTRO DE PACIENTE DIABÉTICO INSULINODEPENDENTE  
 TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE – APARELHO

PACIENTE RECEBEU APARELHO?  SIM  NÃO

Paciente transferido para a **Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_  
 por ser mais próxima de sua residência.

\_\_\_\_\_  
 ASSINATURA DO PACIENTE

\_\_\_\_\_  
 ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA DA TRANSFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

**O paciente deverá dirigir-se a nova unidade portando todos os documentos entregues para transferência e este formulário. Lembrando que a partir da data de transferência o paciente ficará vinculado à nova unidade.**