



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.