SOLICITAÇÃO DE QUEBRA DE VÍNCULO ENTRE MÉDICO X USUÁRIO E/OU FAMÍLIA

DO PROFISSIONAL OU DA EQUIPE	
Nome do(s) Profissional(is) e categoria: 1_____ 2_____ 3_____ 4_____ 5_____ 6_____	Nº do conselho: 1_____ 2_____ 4_____ 3_____ 5_____ Telefone do profissional(is): 1_____ 4_____ 2_____ 5_____ 3_____ 6_____
DO PACIENTE OU DA FAMÍLIA	
Nome do usuário: _____ Família: 1_____ 2_____ 3_____ 4_____ 5_____	Nº Prontuário eletrônico: 1_____ 2_____ 3_____ 4_____ 5_____
Unidade de Saúde vínculo quebrado:	Telefone do usuário:
Data e Hora da Recusa: ____/____/_____ - _____h_____	
Nova Unidade de Saúde vinculada:	Telefone do usuário:

<u>Relato da Situação, que caracteriza a quebra de vínculo</u>

Relato da Tentativa de restabelecer o vínculo

Assinatura do(os) profissional (is) solicitante(s)

PARECER DO RESPONSÁVEL TÉCNICO		
	DEFERIDO ( )	**INDEFERIDO ( )**
Motivo:		
PROVIDÊNCIAS ADMINISTRATIVAS		
Despacho gestor/diretor:		

SOLICITAÇÃO DE QUEBRA DE VÍNCULO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM X USUÁRIO E/OU FAMÍLIA

DO PROFISSIONAL OU DA EQUIPE	
Nome do(s) Profissional(is) e categoria: 1_____ 2_____ 3_____ 4_____ 5_____ 6_____	Nº do conselho: 1___ 2_____ 4_____ 3 5 Telefone do profissional(is): 1_____ 4_____ 2_____ 5_____ 3_____ 6_____
DO PACIENTE OU DA FAMÍLIA	
Nome do usuário: ___ _____ Família: 1____ 2_____ 3_____ 4_____ 5_____	Nº Prontuário eletrônico: 1_____ 2_____ 3_____ 4_____ 5_____
Unidade de Saúde vínculo quebrado:	Telefone do usuário:
Data e Hora da Recusa: _____/_____/_____ - _____h_____	
Nova Unidade de Saúde vinculada:	Telefone do usuário:
<u>Relato da Situação, que caracteriza a quebra de vínculo</u>	

Relato da Tentativa de restabelecer o vínculo

_____

Assinatura do(os) profissional (is) solicitante(s)

PARECER DO RESPONSÁVEL TÉCNICO		
	DEFERIDO ( )	**INDEFERIDO ( )**
Motivo:		
PROVIDÊNCIAS ADMINISTRATIVAS		
Despacho gestor/diretor:		