



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



**Relato da Tentativa de restabelecer o vínculo**


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

**PARECER DO RESPONSÁVEL TÉCNICO**

	DEFERIDO ( )	INDEFERIDO ( )
<b>Motivo:</b>		

**PROVIDÊNCIAS ADMINISTRATIVAS**

<b>Despacho gestor/diretor:</b>