



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE SUDOESTE

TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS

Unidade de Saúde: _____	Usuário: _____ DN: _____
Nº SUS: _____	Nº SES: _____
Endereço: _____	Estado: _____
Encaminhamos o Sr(a) acima identificado para: Unidade: _____ Nº: _____ Endereço: _____	
SITUAÇÃO/ MOTIVO DA PROCURA:	
PA: _____ PULSO: _____ FR: _____ TEMP.: _____ SATURAÇÃO: _____	DESCRIÇÃO:
HISTÓRICO:	
COMORBIDADES: () SIM () NÃO ALERGIAS: () SIM () NÃO MEDICAÇÕES EM USO: () SIM () NÃO VULNERABILIDADE SOCIAL: () SIM () NÃO	DESCRIÇÃO:
AVALIAÇÃO:	
CONDUTA NA UNIDADE: () SIM () NÃO	DESCRIÇÃO:
RECOMENDAÇÃO:	
CONTATO PRÉVIO: () SIM () NÃO NOME DO SERVIDOR: _____	
SOLICITADO TRANSPORTE SANITÁRIO: () SIM () NÃO	
DATA: 	ASSINATURA: