



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE



### TRANSFERÊNCIA DE PRONTUÁRIOS

OBS.: DEVOLVER UMA VIA ASSINADA E DATADA

GUIA Nº: \_\_\_\_\_

DISTRITO DE SAÚDE DESTINO: \_\_\_\_\_

CENTRO DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

À PEDIDO DE: \_\_\_\_\_

TELEFONE PARA CONTATO: \_\_\_\_\_

TRANSFERINDO PARA CS: \_\_\_\_\_

DATA DE ENVIO: \_\_\_\_\_

FF ENVIADO: \_\_\_\_\_

NOME(S) DO(S) PACIENTE(S)	CART. VACINA	DN
	SIM   NÃO	

NOVO ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

NOME REMETENTE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO REQUERENTE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO CS REMETENTE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO CS DESTINO: \_\_\_\_\_



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE



### TRANSFERÊNCIA DE PRONTUÁRIOS

OBS.: DEVOLVER UMA VIA ASSINADA E DATADA

GUIA Nº: \_\_\_\_\_

DISTRITO DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

CENTRO DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

À PEDIDO DE: \_\_\_\_\_

TELEFONE PARA CONTATO: \_\_\_\_\_

TRANSFERINDO PARA CS: \_\_\_\_\_

DATA DE ENVIO: \_\_\_\_\_

FF ENVIADO: \_\_\_\_\_

NOME(S) DO(S) PACIENTE(S)	CART. VACINA	DN
	SIM   NÃO	

NOVO ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

NOME REMETENTE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO REQUERENTE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO CS REMETENTE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO CS DESTINO: \_\_\_\_\_