



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDES E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR
GERÊNCIA DE ATENÇÃO DOMICILIAR



ANEXO VI

Comprovante de Remoção do Paciente do SAD-AC

Nome do paciente: _____

Data da remoção: _____

Horário de início da remoção: _____ **Horário de término:** _____

Trajetos da remoção: _____

Motivo da remoção: _____

Empresa responsável: _____

Assinatura e carimbo do médico da ambulância

Assinatura do responsável pelo paciente

Setor de Áreas Isoladas Norte - SAIN – Parque Rural Lote s/n - Asa Norte –
Bloco “A” – Térreo – Sala “18”
70.770-200 – Brasília-DF
Fone: 3348.6261