

CARTA DE DESVINCULAÇÃO

Informamos à SESAB que a Diretoria da Clínica _____
desvinculou, Sr(a) _____

Cartão SUS Nº _____ CPF: _____

Residente à _____

Bairro _____ CEP: _____ Cidade: _____

TEL: _____, o período da última APAC foi datado em: ____/____/____

Data da Desvinculação: ____/____/____ JUSTIFICATIVAS DA DESVINCULAÇÃO:

() mudança de endereço

() descredenciamento da clínica junto à prefeitura

() falta de adesão ao tratamento do paciente

() outros _____

Justificar: _____

Cidade: _____, ____/____/____

Assinatura e carimbo do Diretor da Clínica