FORMULÁRIO DE REMANEJAMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Data: ___/___/ ____ Horário: _____

1. Identificação do profissional a ser remanejado:

Nome do profissional:_____
_____
_____

Conselho profissional Nº: _____ Setor de origem:_____

2. Identificação do(s) enfermeiro (s) remanejador(es):

Nome do enfermeiro do setor de origem: _____
Conselho profissional Nº: _____Setor: _____
Nome do enfermeiro plantonista: _____
Conselho profissional Nº: _____

3. Informações sobre o remanejamento:

Setor de destino:_____

4.Status do Remanejamento:

( ) Concluído ( ) Profissional recusou remanejamento

Justificativa de recusa pelo profissional:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____
Assinatura/ carimbo do enfermeiro do setor de origem

Assinatura/ carimbo do enfermeiro do setor de destino

_____ _____
Assinatura/ carimbo do enfermeiro plantonista

*Assinatura/ carimbo do profissional que recusou o remanejamento

*** Solicitar a assinatura do servidor a ser remanejado somente se houver recusa para realizar o remanejamento.**

Observações: _____
_____
_____
_____
_____
_____