

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO – TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

Para uso do órgão de destino

01- NOME DA UNIDADE MEDICA ASSISTENCIAL

Santa Casa

02- CLINICATR

null

03- TFD Nº

0

04- NOME DO PACIENTE

Claudio Dellys

05- PROCEDÊNCIA

Fisioterapia

Para uso da Unidade Assistencial

08- TRATAMENTOS REALIZADOS (SÚMULA)

09- NECESSIDADE DE COMPLEMENTAÇÃO DE TRATAMENTO

☐ NESTA UNIDADE ☐ SIM ☐ NÃO
☐ NO ÓRGÃO DE ORIGEM ☐ SIM ☐ NÃO

10- JUSTIFICATIVA DO RETORNO

RETORNAR EM: ____/____/____

11- OUTRAS OBSERVAÇÕES

12- DATA

____/____/____

13- CARIMBO – CREMENG – ASSINATURA MÉDICO ASSISTENTE