

RELATÓRIO DE ALTA

Nome da unidade: HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA		Código da unidade:	Clínica: SEOFT
Nome do paciente:		Nº prontuário:	
Endereço:		Telefone:	
Procedência:		Nº da AIH	
Nome do segurado			
Endereço:		Telefone:	Relação com o paciente:
Internação/início do tratamento:	Alta	Retorno:	Dias Int:
Em:	Em:	Em:	Dias trat:
C	D	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO PRINCIPAL	
C	D	DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 1	
C	D	DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 2	
C	D	DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 3	
Tratamento ou operação realizada:			
Achado cirúrgico:			

Preencher em caso de tratamento fora do domicílio nº (TFD):		
- Transporte recomendável:	Justificar:	
- Necessita de complementação de tratamento:	() SIM	
- Nesta unidade	() SIM	() NÃO
- No órgão de origem	() SIM	
Outras recomendações:		
Data:		
MÉDICO ASSISTENTE		