



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

HOSPITAL

### NOTIFICAÇÃO DE SAÍDA

Registro Clínico nº		Nome do Paciente		
Sexo	Data de Nascimento	Est. Civil	Endereço	
Clínica		Enfermaria		Leito
				Aptº

### ALTA HOSPITALAR

Data da Alta	Médico	Diagnóstico da Alta (CID)	Tipo da Alta
--------------	--------	---------------------------	--------------

Fluxo: 1ª via - Faturamento; 2ª via - CPD; 3ª Via - Paciente ou familiares

### ÓBITO

Data do Óbito	Verificado pelo Médico	Causa Mortis (CID)	Necrópsia nº
Atestado foi preenchido Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Caso de Polícia Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Entregue à família Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Fluxo: 1ª via - Faturamento; 2ª via - CPD; 3ª Via - Paciente ou familiares - Anatomia Patológica

### TRANSFERÊNCIA

Transferido para:	Do Leito	Para Leito
Problema de saúde:	Diagnóstico (CID)	Data

Fluxo: 1ª via - Unidade de destino do paciente; 2ª via - CPD; 3ª Via - Unidade de origem do paciente

### REMOÇÃO

Removido para:	Especialidade	Diagnóstico (CID)	Data
----------------	---------------	-------------------	------

Fluxo: 1ª via - Unidade de destino do paciente; 2ª via - CPD; 3ª Via - Unidade de origem do paciente

Data de Emissão

Mod.: 6126

c.c. 69413

Formato: 210 x 148,5 mm

08/2008

Assinatura do Responsável

NNP/SUPRAC

N. Prod. Gráfica/SE



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

HOSPITAL

### NOTIFICAÇÃO DE SAÍDA

Registro Clínico nº		Nome do Paciente		
Sexo	Data de Nascimento	Est. Civil	Endereço	
Clínica		Enfermaria		Leito
				Aptº

### ALTA HOSPITALAR

Data da Alta	Médico	Diagnóstico da Alta (CID)	Tipo da Alta
--------------	--------	---------------------------	--------------

Fluxo: 1ª via - Faturamento; 2ª via - CPD; 3ª Via - Paciente ou familiares

### ÓBITO

Data do Óbito	Verificado pelo Médico	Causa Mortis (CID)	Necrópsia nº
Atestado foi preenchido Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Caso de Polícia Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Entregue à família Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Fluxo: 1ª via - Faturamento; 2ª via - CPD; 3ª Via - Paciente ou familiares - Anatomia Patológica

### TRANSFERÊNCIA

Transferido para:	Do Leito	Para Leito
Problema de saúde:	Diagnóstico (CID)	Data

Fluxo: 1ª via - Unidade de destino do paciente; 2ª via - CPD; 3ª Via - Unidade de origem do paciente

### REMOÇÃO

Removido para:	Especialidade	Diagnóstico (CID)	Data
----------------	---------------	-------------------	------

Fluxo: 1ª via - Unidade de destino do paciente; 2ª via - CPD; 3ª Via - Unidade de origem do paciente

Data de Emissão

Mod.: 6126

c.c. 69413

Formato: 210 x 148,5 mm

08/2008

Assinatura do Responsável

NNP/SUPRAC

N. Prod. Gráfica/SE