



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	
Clinica	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)	Necropsia nº
Atestado foi preenchido	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Caso de Polícia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	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	Assinatura do Responsável

Mod.: 6126

c.c.69413

Formato: 210 x 148,5 mm

08/2008

NNP/SUPRAC

N. Prod. Gráfica/SES