

NOTIFICAÇÃO DE SAÍDA					
Registro Clínico nº		Nome do Paciente			
Sexo	Data de Nascimento	Est. Civil	Endereço		
Clínica				Enfermaria	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		Caso de Polícia		Entregue à família	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		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					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> / / Data de Emissão </div> <div> _____ Assinatura do Responsável </div> </div>					

Mod.: 6126


c.c. 69413

Formato: 210 x 148,5 mm

08/2008

NNP/SUPRAC

N. Prod. Gráfica/SES

NOTIFICAÇÃO DE SAÍDA			
 GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ENFERMAGEM		HOSPITAL	
Registro Clínico nº		Nome do Paciente	
Sexo	Data de Nascimento	Est. Civil	Endereço
Clínica		Enfermaria	Aptº
ALTA HOSPITALAR			
Data da Alta	Médico	Diagnóstico da Alta (CID)	
Fluxo: 1ª via - Faturamento; 2ª via - CPD; 3ª Via - Paciente ou familiares			
ÓBITO			
Data do Óbito	Verificado pelo Médico	Causa Mortis (CID)	
Atestado foi preenchido		Caso de Polícia	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		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	
Problema de saúde:		Diagnóstico (CID)	
Fluxo: 1ª via - Unidade de destino do paciente; 2ª via - CPD; 3ª Via - Unidade de origem do paciente			
REMOÇÃO			
Removido para:		Especialidade	Data
Fluxo: 1ª via - Unidade de destino do paciente; 2ª via - CPD; 3ª Via - Unidade de origem do paciente			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> / / Data de Emissão </div> <div> _____ Assinatura do Responsável </div> </div>			

Mod.: 6126

c.c. 69413

Formato: 210 x 148,5 mm

08/2008

NNP/SUPRAC

N. Prod. Gráfica/SES