

mym BAM
papel 75g

RESUMO DE ALTA

TIPO: <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	DATA:	HORA:	FAVOR PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL OU DATILOGRAFADA
NOME DO PACIENTE:		DADOS FORNECIDOS PELA CREG	
ENDEREÇO:		REGISTRO DO PACIENTE:	
NOME DA US:	MUNICÍPIO DA US:	Nº DA AUTORIZAÇÃO:	

DADOS DA INTERNAÇÃO:

DATA DA INTERNAÇÃO:	DIAGNÓSTICO DA INTERNAÇÃO: CID 10:	DESCRIÇÃO:
PROCEDIMENTOS REALIZADOS TABELAS SIH-SUS:		
DESCRIÇÃO:		

DADOS DA ALTA:

ALTA CDI 10:	DESCRIÇÃO:
ÓBITO (CONFORME ATESTADO DE ÓBITO):	
I - a) CAUSA TERMINAL (CAUSA MORTIS):	
b) CAUSA CONSEQÜENCIAL:	
c) CAUSA CONSEQÜENCIAL:	
d) CAUSA BÁSICA:	
II - DOENÇAS CONTRIBUINTES:	
TRANSFERÊNCIA - MOTIVO:	
LOCAL:	DATA: