Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas – Coordenação da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade e TFD
tfdgoias@gmail.com – (62) 3201-3841

Formulário 4

Relatório de Alta temporária ou definitiva

DADOS DA UNIDADE EXECUTANTE	
Nome da Unidade:	
CNES da Unidade:	
Município:	
Telefone Contato:	E-mail:

DADOS DO PACIENTE	
Nome Completo:	
CPF:	Nº do Prontuário:
CID-10:	Diagnóstico:

DADOS DO TRATAMENTO REALIZADO		
☐ AMBULATORIAL		Dias de Tratamento:
☐ INTERNAÇÃO	Dia da internação:	Dia da Alta:
Tratamento ou Procedimento realizado:		

Continuidade do tratamento	
☐ No Estado de origem (alta definitiva)	☐ Nesta unidade (alta temporária)

Em caso de continuidade de tratamento nesta unidade:	
O paciente está liberado para retornar ao seu Estado de origem até o retorno?	
☐ SIM	☐ NÃO
Em caso negativo, justificar:	
Em caso positivo, qual o tipo de transporte recomendado?	
☐ AÉREO	☐ TERRESTRE
Em caso de aéreo, justificar:	
Local:	Data:
Assinatura e Carimbo do Médico Assistente:	