

# **HOSPITAL SÃO GERALDO**

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - FUMASA

## **SUMÁRIO DE ALTA**

Nome do Paciente:.....

Data do Internamento:..... de..... de.....

Diagnóstico Final:

Exames Complementares:

Tratamento:

Condições de Alta:

Data da Alta:..... de..... de.....

Observações:

.....  
Nome do Médico