

10

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: