










	<b>CARTÃO DE ALTA</b> <b>UPA DR. ALAIR MAFRA</b>	  
<b>Paciente:</b> _____ <b>Registro:</b> _____ <b>Local da Internação:</b> _____ <b>Data da Alta:</b> ____/____/____ <b>Hora da Alta:</b> ____:____ h. <b>Acompanhado por:</b> (    ) Familiar    (    ) Sozinho		
_____ <b>Assinatura e Carimbo do Médico</b>		_____ <b>Enfermagem</b>

	<b>CARTÃO DE ALTA</b> <b>UPA DR. ALAIR MAFRA</b>	  
<b>Paciente:</b> _____ <b>Registro:</b> _____ <b>Local da Internação:</b> _____ <b>Data da Alta:</b> ____/____/____ <b>Hora da Alta:</b> ____:____ h. <b>Acompanhado por:</b> (    ) Familiar    (    ) Sozinho		
_____ <b>Assinatura e Carimbo do Médico</b>		_____ <b>Enfermagem</b>

	<b>CARTÃO DE ALTA</b> <b>UPA DR. ALAIR MAFRA</b>	  
<b>Paciente:</b> _____ <b>Registro:</b> _____ <b>Local da Internação:</b> _____ <b>Data da Alta:</b> ____/____/____ <b>Hora da Alta:</b> ____:____ h. <b>Acompanhado por:</b> (    ) Familiar    (    ) Sozinho		
_____ <b>Assinatura e Carimbo do Médico</b>		_____ <b>Enfermagem</b>

ELABORADOR	CONCENSO	APROVADOR
Nome: Etienne Dilde Cardoso Candido Função: Coordenadora assistencial Data: 03/03/2024	Nome: Hilton Alves Sousa Junior Função: Enfermeiro Data: 09/05/2024	Nome: Alan Masahiro N. Sebata Função: Gerente Data: 05/05/2024