

# 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: