

NOME DO USUÁRIO:

CÓDIGO DO USUÁRIO:

EMPRESA:

N.º GIH:

DATA DA INTERNAÇÃO:

DATA DA ALTA:

AUTORIZAÇÃO:

N.º DE DIAS: \_\_\_\_\_

ACOMODAÇÃO:

( ) ENF.

( ) APTO.

( ) UTI

( ) OUTROS

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

CID 10: \_\_\_\_\_

MÉDICO COOPERADO:

ADMISSÃO: \_\_\_\_\_

CID 10: \_\_\_\_\_

( ) SIM

( ) NÃO

ALTA: \_\_\_\_\_

CID 10: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

A) \_\_\_\_\_ COD. AMB \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ MÉD. RESP. \_\_\_\_\_

B) \_\_\_\_\_ COD. AMB \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ MÉD. RESP. \_\_\_\_\_

C) \_\_\_\_\_ COD. AMB \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ MÉD. RESP. \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES / RESTRIÇÕES \_\_\_\_\_

PRORROGAÇÕES:

DATA	QUANTIDADE	ACOMODAÇÃO	VISTO DO AUDITOR

CONTROLE DE VISITAS

1.º DIA	2.º DIA	3.º DIA	4.º DIA	5.º DIA	6.º DIA	7.º DIA	8.º DIA	9.º DIA	10.º DIA
____/____	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____
Visto Auditor	Visto Auditor	Visto Auditor	Visto Auditor	Visto Auditor	Visto Auditor	Visto Auditor	Visto Auditor	Visto Auditor	Visto Auditor
11.º DIA	12.º DIA	13.º DIA	14.º DIA	15.º DIA	16.º DIA	17.º DIA	18.º DIA	19.º DIA	20.º DIA
____/____	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____
Visto Auditor	Visto Auditor	Visto Auditor	Visto Auditor	Visto Auditor	Visto Auditor	Visto Auditor	Visto Auditor	Visto Auditor	Visto Auditor