



24120300155710

|                                                      |              |
|------------------------------------------------------|--------------|
| UNIDADE: _____                                       |              |
| NOME: _____                                          | LEITO: _____ |
| COMPOSIÇÃO:<br><br><br><br><br>                      |              |
| INÍCIO ÀS _____ HORAS, TOTAL _____ ml                |              |
| GOTEJO _____ GOTAS P/MINUTO.                         |              |
| PRESCRIÇÃO DIA ____ / ____ / ____ ITEM _____         |              |
| OBSERVAÇÕES:<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |              |
| TÉRMINO ÀS _____ HORAS DO DIA ____ / ____ / ____     |              |
| _____<br>ASSINATURA                                  |              |

GRÁFICA/BM



## Aviso de Alta

Informo que o paciente \_\_\_\_\_

Registro \_\_\_\_\_, leito \_\_\_\_\_

estará desocupado o quarto aproximadamente às

\_\_\_\_\_ horas, do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

pelo seguinte motivo:

( ) Alta hospitalar

( ) Transferência para \_\_\_\_\_

( ) Óbito

( ) Outro motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsável no andar

Este formulário deverá ser preenchido pela enfermeira do andar, em duas vias e entregue ao paciente que está de alta ou seu responsável.

A 1ª via deverá ser carimbada no SAME e devolvida na unidade para liberação do paciente.  
A 2ª via ficará no SAME.

Eu Ajudei a Salvar Uma Árvore "papel reaproveitado"



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
BRIGADA MILITAR  
HOSPITAL DA BRIGADA MILITAR  
PORTO ALEGRE / RS

Para o .....

Hospital da Brigada Militar  
[hbmpa@bm.rs.gov.br](mailto:hbmpa@bm.rs.gov.br)  
Endereço: Rua Dr. Castro de Menezes, 155, "B", Tristeza, PoA



24120300155710

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE                                                                                                                                |     |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|
| Nome Completo: Hospital da Brigada Militar<br>Porto Alegre                                                                                               |     |        |
| CRM                                                                                                                                                      | UF: | Nº     |
| Endereço Completo e Telefone: Rua Castro de<br>Menezes, 155 - Tristeza - Cep: 91900.590 - Fone: (51) 3288.3500<br>E-mail: hbmpa@brigadamilitar.rs.gov.br |     |        |
| Cidade: Porto Alegre                                                                                                                                     |     | UF: RS |

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CRM - Méd.

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR |               |
|----------------------------|---------------|
| Nome:                      |               |
| Ident:                     | Org. Emissor: |
| Endereço:                  |               |
| Cidade:                    | UF:           |
| Telefone:                  |               |

| IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR         |  |
|-------------------------------------|--|
| _____<br>ASSINATURA DO FARMACÊUTICO |  |
| DATA: ____/____/____                |  |



24120300155710

|                    |       |         |                 |             |
|--------------------|-------|---------|-----------------|-------------|
| SAME/29            | NOME: |         | Nº DE REGISTRO: |             |
|                    | DATA  | DESTINO | RESPONSÁVEL     | OBSERVAÇÕES |
|                    |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
| FICHA LOCALIZADORA |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
| HBM/PA             |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |
|                    |       |         |                 |             |

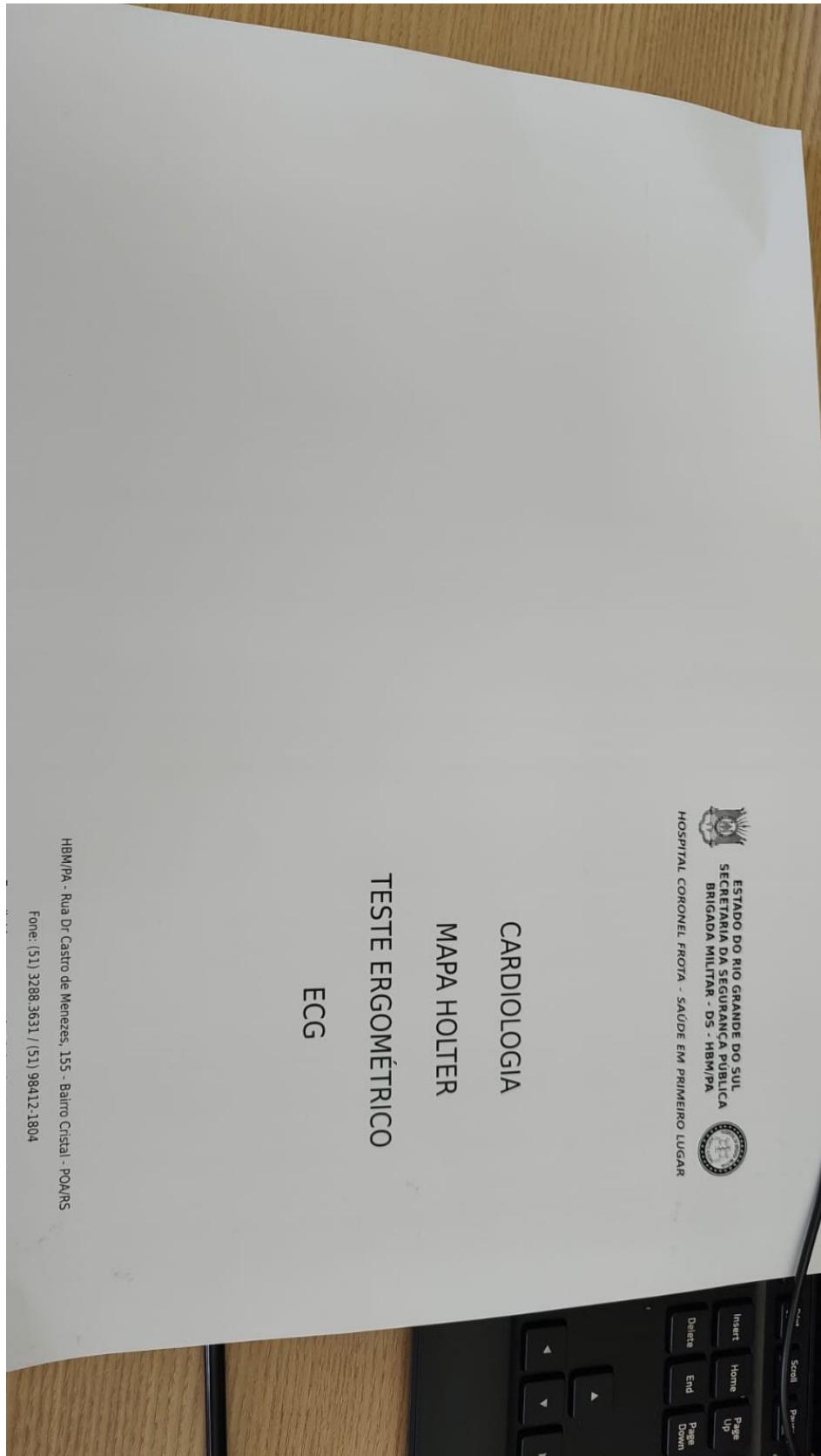


24120300155710

|                    | NOME: | Nº DE REGISTRO: |         |             |             |
|--------------------|-------|-----------------|---------|-------------|-------------|
|                    |       | DATA            | DESTINO | RESPONSÁVEL | OBSERVAÇÕES |
| SAME/29            |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
| FICHA LOCALIZADORA |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
| HBM/PA             |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |
|                    |       |                 |         |             |             |



24120300155710



  
**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA**  
**BRIGADA MILITAR - DS - HBM/PA**  
  
**HOSPITAL CORONEL FAGUNDES - SAÚDE EM PRIMEIRO LUGAR**

**CARDIOLOGIA**  
**MAPA HOLTER**  
**TESTE ERGOMÉTRICO**  
**ECG**

HBM/PA - Rua Dr Castro de Menezes, 155 - Bairro Cristal - POA/RS  
Fone: (51) 3288.3631 / (51) 98412-1804



24120300155710

**HBM/PA**  
Hospital da Brigada Militar - Porto Alegre/RS

## EVOLUÇÃO MÉDICA

GRÁFICA/BMCInt