SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	**PLANO TERAPÊUTICO**	PLT.MED.003 – Página 1/2	
Título do Documento	**UTIN - UCINCO**	Emissão: 04/10/2021 Versão: 2	Próxima revisão: 04/10/2023

RN de:		**DATA: _____/_____/_____**	Preencha os dados completos do (a) paciente **OU cole aqui a etiqueta de identificação**
Nome do RN:			
IDADE:	IG.:	IGC:	
DATA DE NASC.:	PESO Atual: g	PESO Nasc.: g	
PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:	LEITO:	

PLANO TERAPÊUTICO	HORÁRIOS

PLANO TERAPÊUTICO	HORÁRIOS