

SUPERINTENDENTE

ALEXANDRE MEDEIROS DE FIGUEIREDO

GERENTE

ALEXANDRE AUGUSTO RAMALHO ARARUNA

ELABORAÇÃO

Lecidamia Cristina Leite Damascena – chefe de unidade, UGQSP
Mayrla Lima Pinto – supervisora de enfermagem, UCM
Igor Mendonça do Nascimento – chefe de unidade, UTIAD
Márcia Abath Aires de Barros – enfermeira, UTIAD,
Lucrécia Maria Bezerra – supervisora de enfermagem, UTIAD
Fabyan Esberard de Lima Beltrão - chefe de unidade, UCM
Andrea Fabia Freitas da Silva – responsável técnica do serviço social, UMULTI
Cinthia Souto Dourado Barboza – supervisora de enfermagem, URIGIA
Mariana Ferreira de Abrantes Barros – assistente administrativo, GAS
Valkenia Alves Silva - supervisora de enfermagem, UCM
Gilberto Costa Teodozio – chefe de unidade, URIGIA
Mônica da Costa Batista – chefe de setor, STHH

ANÁLISE

Richele Teixeira de Lima Franco – chefe de Divisão, DCDT
Igor Mendonça do Nascimento – chefe de unidade, UTIAD

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Richele Teixeira de Lima Franco – chefe de Divisão, DCDT

VALIDAÇÃO DE FORMA

Lecidamia Cristina Leite Damascena – chefe de unidade, UGQSP

APROVAÇÃO

Alexandre Augusto Ramalho Araruna – gerente, GAS

Data da emissão:

Código do documento:

ISBN:



Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. ® Ano, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

1 OBJETIVO

Implementar padronizar e monitorar um processo institucional sistemático de transferência e alta hospitalar, assegurando continuidade do cuidado, comunicação efetiva, rastreabilidade das decisões clínicas, redução de eventos adversos evitáveis, otimização da gestão de leitos e apoio à tomada de decisão multiprofissional.

2 DESCRIÇÃO

A alta hospitalar e a transferência do cuidado devem ser compreendidas como processos assistenciais contínuos, iniciados desde a admissão hospitalar e revisados diariamente no plano terapêutico. Devem envolver avaliação clínica, funcional, social, farmacológica, logística e regulatória, com registro em prontuário e comunicação estruturada entre as equipes.

2.1 Transferência Hospitalar

As transferências consideradas neste protocolo são aquelas realizadas para outras unidades hospitalares e devem atender a alguns critérios:

a) Critérios clínicos:

- Necessidade de tratamento, procedimento e/ou diagnóstico especializado indisponível no HULW;
- Necessidade de continuidade do cuidado em unidade de menor complexidade;
- Estabilização clínica que permita assistência em unidade compatível com menor densidade tecnológica;
- Conclusão de tratamento e/ou diagnóstico na instituição, requerendo continuidade do cuidado em unidades de internamento de menor complexidade;
- Necessidade de cuidados paliativos em ambiente mais adequado à proporcionalidade terapêutica e ao plano assistencial.

b) Organizacionais:

- Faltas de vagas disponíveis para condução do tratamento e/ou diagnóstico no HULW;
- Transferências vinculadas à pactuações definidas na RAS;
- Necessidade de otimização do fluxo assistencial e gestão responsável de leitos;
- Direcionamento regulatório municipal, estadual ou federal.

2.1.1 Fluxo operacional de transferência hospitalar



- a) Identificação da necessidade de transferência: A necessidade de transferência é identificada pelo médico assistente com a indicação clínica, regulatória ou organizacional.
- b) Formalização ao NIR: o médico assistente formaliza a solicitação junto ao Núcleo Interno de Regulação (NIR), por e-mail, mediante apresentação de justificativa clínica detalhada e devidamente fundamentada. Para a justificativa e fundamentação clínica de transferência são necessárias as seguintes informações: documentação, diagnóstico, motivo da transferência, estado clínico atual, dispositivos, necessidade de suporte ventilatório/hemodinâmico, tipo de suporte necessário para o transporte, orientações para transferência do cuidado e unidade de destino pretendida.
- c) Análise regulatória: o NIR recebe, avalia a solicitação de transferência, complementa informações quando necessário e insere o pedido na regulação municipal/estadual;
- d) Disponibilização de vaga: Após disponibilização da vaga, o NIR comunica formalmente à unidade de internamento solicitante essa disponibilidade, respondendo o e-mail de solicitação da transferência;
- e) Planejamento logístico: o médico assistente informado da vaga disponível, realiza em conjunto com a equipe assistencial o planejamento logístico, incluindo transporte, recursos necessários e documentação obrigatória;
- f) Verificar se o paciente faz uso de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e, em caso afirmativo, entrar em contato com a Farmácia para garantir o envio do referido medicamento juntamente com o paciente.
- g) Passagem estruturada do caso: a equipe de origem realiza contato com a equipe receptora utilizando SBAR, com registro no formulário de transição do cuidado;
- h) Execução da transferência: O paciente é transferido com documentação, prescrição atualizada, sumário clínico, exames relevantes e demais informações relevantes;
- i) Confirmação de recebimento: o NIR atualiza o censo e registra a movimentação. O NIR é comunicado pela clínica de origem sobre transferência por contato telefônico, para que a atualização ocorra em tempo real;
- j) Para as transferências realizadas pela UTI Adulto, as orientações clínicas seguem o [PRT.UTIAD.001 - Protocolo de Admissão e Alta da UTI Adulto do HULW](#).

2.2 Alta Segura

A alta hospitalar segura é o processo estruturado que formaliza a transição do paciente do ambiente hospitalar para o domicílio, instituição de longa permanência, ambulatório, atenção primária ou outro ponto da rede. A alta hospitalar responsável configura-se como um processo contínuo, iniciado ainda na etapa de regulação e admissão do paciente no ambiente hospitalar, estendendo-se até o momento de sua saída. Ao longo desse percurso, realiza-se o planejamento sistematizado do cuidado, com vistas a assegurar que a alta ocorra de maneira segura, possibilitando o retorno ao domicílio de forma oportuna e em tempo adequado.



2.2.1 Critérios para Alta segura

- a) Resolução ou estabilização das condições clínicas que determinaram a internação hospitalar;
- b) Ausência de necessidade de monitorização hospitalar contínua;
- c) Orientação fornecidas ao paciente/família;
- d) Avaliação da capacidade funcional e suporte domiciliar;
- e) Conhecimento das limitações e restrições inerentes ao período pós-alta hospitalar e orientação para a detecção dos sinais de piora clínica e quanto à necessidade de procurar atendimento;
- f) Alinhamento dos fluxos de rede para continuidade do cuidado, quando necessário.

2.2.2 Etapas da Alta Segura

A previsão de alta hospitalar deve ser estabelecida no momento da admissão do paciente, incluindo a avaliação inicial quanto à elegibilidade para retaguarda assistencial ou processo de desospitalização. Nesse sentido, entende-se que o planejamento da alta hospitalar é um processo sistemático e multiprofissional que visa garantir a continuidade do cuidado e a segurança do paciente após a internação.

Para que o processo de alta hospitalar aconteça de forma segura, é necessário o seguimento de um fluxo ordenado pela equipe multiprofissional.

a) Avaliação clínica do paciente (Plano Terapêutico)

A construção do Plano Terapêutico Singular (PTS) constitui uma estratégia fundamental no modelo de atenção à saúde centrado no paciente, especialmente em cenários que envolvem elevada complexidade clínica e social, como no cuidado de indivíduos com doenças crônicas, deficiência ou em situação de vulnerabilidade.

Trata-se de um processo coletivo de planejamento do cuidado, voltado à organização das ações assistenciais conforme as necessidades singulares de cada indivíduo, contemplando não apenas os aspectos clínicos, mas também os determinantes sociais, familiares e ambientais que influenciam suas condições de saúde.

b) Plano de alta

O plano de alta é desenvolvido para formalizar o encerramento da assistência hospitalar, orientando o paciente e familiares sobre os cuidados pós-alta, medicamentos, dieta, atividades físicas e retorno ambulatorial e encaminhando para a rede de cuidado em saúde e/ou de proteção social, quando necessário. Ele visa garantir a continuidade do cuidado, segurança e redução de reinternações, sendo elaborado por equipe multiprofissional e integrado ao prontuário.

É importante realizar a previsão da alta no dia anterior, proporcionando a organização das atividades.



2.2.3 Fluxo da Alta da UTI

- a) Discussão em reunião multiprofissional: a previsão de alta deve ser definida na reunião multiprofissional, na qual todos os profissionais são consultados (enfermagem, serviço social, fisioterapia e demais categorias) e participam das condutas adotadas. O médico assistente e equipe definem a previsão de alta, *para os casos com condição de previsibilidade*, iniciando o planejamento da alta com 24 horas de antecedência;
- b) Sinalização com 24 horas de antecedência: Quando previsível, a UTI comunica ao NIR e ao serviço social a previsão de alta para unidade de internação;
- c) Comunicação à família: o Serviço Social é comunicado para providenciar o contato com a família informando a previsão de alta para o dia seguinte. A família deve estar ciente de que a previsão tem utilidade para possibilitar melhor alinhamento e preparação dos acompanhantes em setores de internação hospitalar, e que não é sinônimo de alta condicionada obrigatoriamente;
- d) Solicitação de leito ao NIR: o médico plantonista informa ao NIR a previsão de alta (com 24 horas de antecedência), por e-mail, solicitando a vaga para a internação, que deve ser respondido pela equipe da regulação com a previsão de vaga no internamento (comunicação em alça fechada);
- e) Confirmação da vaga: O NIR confirma a disponibilidade de leito e informa unidade receptora;
- f) Passagem de caso entre equipes: após o recebimento do e-mail com confirmação da vaga do NIR para o internamento, no dia previsto para a alta, a equipe assistente da UTI (médico, enfermeiro e fisioterapeuta) realiza o contato telefônico com a equipe assistente do internamento (médico, enfermeiro e fisioterapeuta) e realiza a passagem do caso, que será registrado no formulário de transição do cuidado – APÊNDICE A;
- d) Preparação documental até horário pactuado: no dia da alta, até as 10h, o médico assistente deve preencher o resumo de alta, evolução do dia e a prescrição do dia para ser encaminhando ao internamento;
- e) Registro no formulário de transição do cuidado: a equipe assistencial registra no formulário de transição do cuidado as informações fornecidas;
- f) Preparação logística: o enfermeiro aciona o maqueiro com maca para levar o paciente até o internamento e registra a alta na evolução do paciente. Após acionado, o maqueiro tem o prazo de até 60 minutos para chegar na área solicitante;
- g) Transporte interno seguro: o paciente é direcionado para a clínica de internamento pelo maqueiro e técnico de enfermagem, não sendo obrigatória a presença do acompanhante, que já familiares foram cientificados previamente pelo serviço social, acompanhante é um direito do paciente, mas não é um dever da instituição hospitalar exigir essa presença tampouco limitar decisões de alta exclusivamente por esse motivo. O técnico de enfermagem leva o paciente junto com o maqueiro para a unidade de internamento. Este deve ser recebido pelo enfermeiro e médico do plantão na unidade onde será recebido.
- h) Organização do leito vago: a equipe da higienização é acionada pela enfermeira para a higienização do leito da UTI, e essa tem até 1h para a conclusão da higienização do leito;
- i) A equipe da central de enxovais é acionada previamente pela enfermeira para a disponibilização

do enxoval hospitalar no dia anterior a alta;

Observações:

- Os pacientes devem ser direcionados à clínica médica, preferencialmente, e discutidos caso necessitem de transferência para outra área de internamento;
- Os pacientes traqueostomizados (com ou sem suporte ventilatório) e com alteração da consciência deverão estar com acompanhantes. Em casos especiais que fujam ao regramento proposto, esses devem ser discutidos entre as equipes envolvidas e as chefias das divisões, dos setores e das unidades respectivas responsáveis.

O fluxo de alta refere-se à operacionalização, planejamento e à organização dos pacientes com previsão de alta programada, devendo acontecer preferencialmente até as 10h da manhã a conclusão do processo. Ressalta-se que tal fluxo não inviabiliza a efetivação de altas oportunizadas no mesmo dia em que houver possibilidade de transferência para as unidades.

Mais orientações sobre critérios clínicos para a alta da UTI podem ser visualizadas no [PRT.UTIAD.001 - Protocolo de Admissão e Alta da UTI Adulto do HULW.](#)

2.2.3 Fluxo da Alta das áreas de internamento

- Avaliação clínica final pelo médico assistente: o médico assistente realiza a avaliação clínica do paciente e define a previsão de alta, para os casos com condição de previsibilidade.
- Discussão multiprofissional: na reunião multiprofissional (enfermagem, serviço social, fisioterapia e demais categorias), o médico assistente informa o planejamento de alta, e todos os profissionais ficam cientes, que a previsão é para a alta no dia seguinte;
- Comunicação ao NIR: o médico plantonista informa ao NIR a previsão de alta (com 24 horas de antecedência), por e-mail, que fica ciente da possibilidade de vaga, contudo, só após a efetivação da alta será realizada a disponibilização da vaga para regulação ou paciente interno;
- O médico assistente comunica a alta ao paciente e/ou familiar;
- O serviço social faz contato com a família e verifica a necessidade ou não de transporte com antecedência de 24 horas para providências;
- O médico assistente elabora o Sumário de Alta e preenche a alta no sistema AGHUx;
- O médico assistente imprime duas vias do Sumário de alta (uma via para o paciente e uma via para o prontuário físico);
- O médico assistente elabora a prescrição para a alta;
- A equipe de enfermagem retira os dispositivos invasivos do paciente como acesso venoso periférico, monitorização, sondas, entre outros.
- O técnico de enfermagem auxilia na troca da roupa hospitalar pela roupa do paciente;
- O enfermeiro aciona o maqueiro com cadeira de rodas para levar o paciente até o NIR, após acionado, o maqueiro tem o prazo de até 60 minutos para chegar na área solicitante;

- k) O enfermeiro realiza as orientações do cuidado domiciliar se necessário com sondas, curativos, gastrostomias, etc. e registra a alta no AGHUX e emite um ticket de alta hospitalar (APÊNDICE – B) para ser apresentado ao NIR para a alta administrativa
- k) O maqueiro* auxilia o paciente a sentar na cadeira de rodas;
- l) O maqueiro* encaminha o paciente à saída da unidade até o NIR acompanhado de seu responsável/familiar;
- m) A equipe do NIR realiza a alta administrativa no sistema e realiza algumas marcações do retorno ambulatorial e recebe o ticket de alta. É importante informar que a saída deve ser realizada pela recepção principal;
- n) Organização do leito vago: a equipe da higienização é acionada pela enfermeira para a higienização do leito da enfermaria, e essa tem até 1h para a conclusão da higienização do leito;
- o) A equipe da central de enxovais é acionada previamente pela enfermeira para a disponibilização do enxoval hospitalar no dia anterior a alta.

O paciente recebe alta com às orientações verbais e por escrito com linguagem clara e acessível, com especial cuidado às orientações quanto aos sinais de alarme e piora. Deve receber alta com receituário, atestados e orientações sobre o agendamento da consulta de retorno no ambulatório.

*No caso de pacientes que estão de alta para outras unidades de menor complexidade e cuidado domiciliar para palição, entre outras condições de cuidado, a saída deve ser realizada pelo técnico de enfermagem e maqueiro.

Observações:

O fluxo de alta refere-se à operacionalização, planejamento e à organização dos pacientes com previsão de alta programada, devendo acontecer preferencialmente até as 10h da manhã a conclusão do processo. Ressalta-se que tal fluxo não inviabiliza a efetivação de altas oportunizadas no mesmo dia em que houver possibilidade de transferência para as unidades.

Contudo, poderão ocorrer intercorrências que impactem o fluxo previsto e ocasionem atraso na efetivação da alta, tais como demora no transporte, atraso na chegada de familiares responsáveis pelo paciente, entre outras situações eventualmente identificadas durante o processo.

O Fluxo ilustrativo dos processos de transferência e alta podem ser visualizados na Figura1.



Figura1. Fluxo de transferência e alta no HULW



3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

3.1 Transferência hospitalar

- a) Paciente cujo tratamento ou diagnóstico não são realizados no HULW;
- b) Paciente com indicação de cuidados paliativos que não se beneficiam com o internamento hospitalar;
- c) Paciente com menor complexidade em condições de ser assistido em hospital secundário ou terciário.

3.2 Alta hospitalar

- a) Pacientes com melhora clínica que reverteram os fatores que motivaram a internação;
- b) Pacientes com condições de realizar atividades da vida diária e dar continuidade tratamento no domicílio ou instituição de longa permanência;
- c) Paciente com indicação de cuidados paliativos que podem receber assistência em outros hospitais da RAS ou em domicílio.

4 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

4.1 Médico

- a) Definir critérios de alta hospitalar e alta médica;
- b) Definir a previsão de alta e o plano terapêutico para o paciente com a equipe multiprofissional;
- c) Acionar Reunião Multidisciplinar;
- d) Fornecer orientações aos pacientes e familiares informações sobre o diagnóstico e documentação para alta: receituários, atestados, orientações por escrito, resumo de alta, requisições de retorno ao ambulatório;
- e) Realizar o correto preenchimento do sumário de alta, receituário e retorno ao ambulatório;
- f) Registrar no sistema AGHUX a alta hospitalar.

4.2 Enfermeiro

- a) Participar da reunião multiprofissional para definição de alta hospitalar;
- b) Retirar sondas, drenos, conforme orientação médica;
- c) Comunicar a central solicitando o maqueiro e cadeira de rodas;
- d) Orientar o paciente e familiar/acompanhante quanto aos cuidados pós alta;
- e) Registrar a alta e as orientações fornecidas no prontuário do paciente;



- f) Comunicar às unidades para passagem do caso/liberação do leito;
- g) Informar ao NIR a alta/transferência do paciente e emissão do ticket de alta;
- h) Solicitar a higienização do leito após a alta do paciente;
- i) Retirar o nome do paciente do quadro do censo da enfermaria, livros de ocorrência e impressos do serviço/unidade.

4.3 Técnico de Enfermagem

- a) Retirar dispositivos invasivos como acesso periférico;
- b) Auxiliar na troca da roupa hospitalar pela roupa do paciente;
- c) Auxiliar o paciente a sentar na cadeira de rodas para encaminhar o paciente ao NIR e saída do hospital;
- d) Registrar a alta no prontuário.

4.4 Serviço social

- a) Participar da reunião multiprofissional para definição de alta hospitalar;
- b) Entrar em contato com a família para orientar sobre a alta para a enfermaria (direito a acompanhante) ou alta para casa (providências familiares junto ao município para o transporte);
- c) Finalizar os encaminhamentos e mediações junto à rede de cuidados em saúde e/ou de proteção social, já iniciados durante o processo de internação (Protocolo de Alta Social PRT.UMULTI.SSOC.003), para continuidade das intervenções sociais para a alta segura, nos casos necessários.

4.5 Núcleo Interno de Regulação Hospitalar

- a) Realizar gestão de leitos: transferências internas externas; manejo de leitos, de enfermarias, Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e isolamento;
- b) Colaborar nos processos de pendências, tais como, exames, consultas e procedimentos;
- c) Organizar o censo das unidades de internamento.

4.6 Farmacêutico

A atuação do farmacêutico no processo de alta contribui para a redução de reinternações, a melhora da adesão ao tratamento e aumento da segurança do paciente, sendo uma etapa essencial da assistência farmacêutica hospitalar.

- a) Realizar a reconciliação medicamentosa, conferindo e comparando os medicamentos utilizados durante a internação com aqueles que serão mantidos após a alta, identificando possíveis discrepâncias, duplicidades, interações ou omissões;



- b) Fornecer orientações ao paciente e/ou cuidador sobre os medicamentos prescritos na alta, incluindo indicação, dose, horário, duração do tratamento, forma correta de administração e possíveis efeitos adversos;
- c) Esclarecer dúvidas e identificar possíveis barreiras que possam comprometer o uso correto dos medicamentos e a adesão ao tratamento;
- d) Revisar a farmacoterapia prescrita na alta, visando minimizar riscos relacionados ao tratamento medicamentoso.
- e) Orientar quanto ao armazenamento, conservação e descarte adequado dos medicamentos.
- f) Quando necessário, identificar medicamentos disponíveis na rede pública de saúde e em programas assistenciais, articulando-se com a rede de atenção à saúde e os serviços farmacêuticos para garantir a continuidade do cuidado e do tratamento medicamentoso após a alta hospitalar.
- g) Avaliar possíveis dificuldades à adesão procurando solucionar e caso necessário sugerir ao prescritor substituição acessível.
- h) Orientar sobre medicamentos administrados por sonda e as interações com dietas enterais.

5 HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

A história clínica e o exame físico devem ser realizados para a verificação do atendimento dos critérios para transferência/alta segura.

6 EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

Os exames diagnósticos são indicados de acordo com a condição clínica do paciente para definição de alta.

7 TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

O plano terapêutico elaborado no momento da admissão deve contemplar o plano de alta garantindo previsibilidade e planejamento adequados.

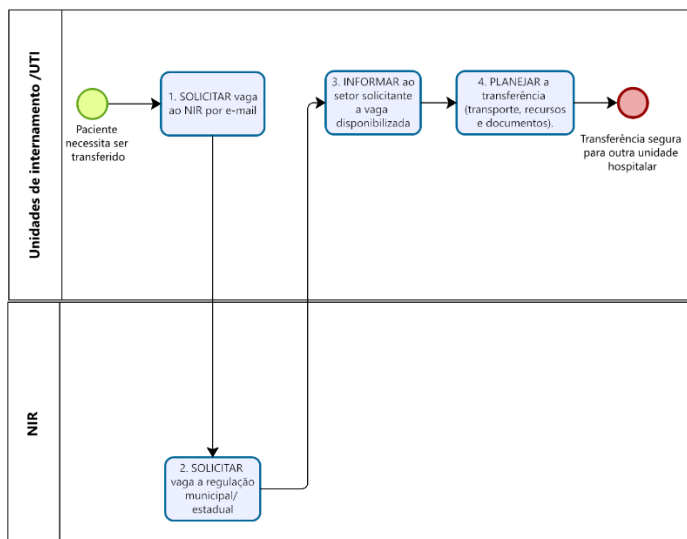
8 CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

Nas situações em que houver mudança clínica da condição do paciente, a alta deve ser reprogramada com toda a equipe.



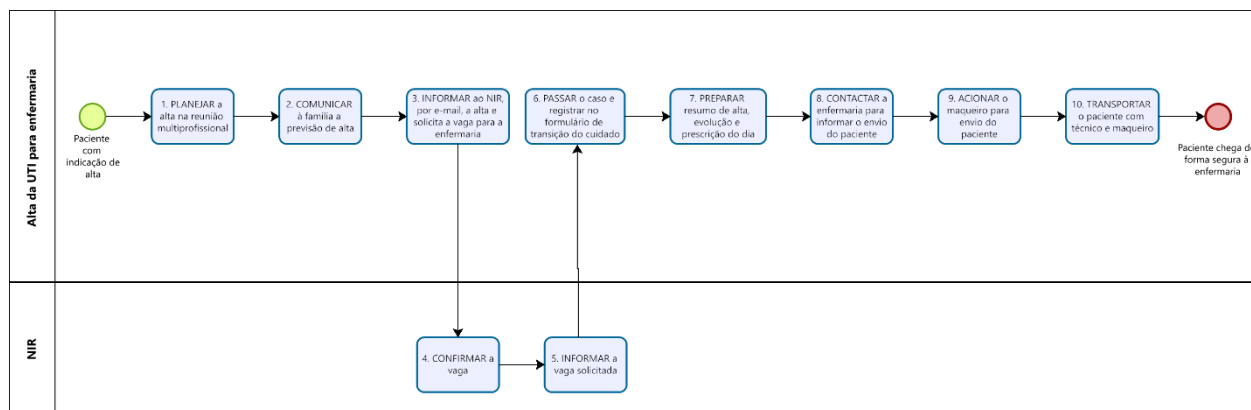
9 FLUXO DE PROCESSO

9.1 Transferência hospitalar



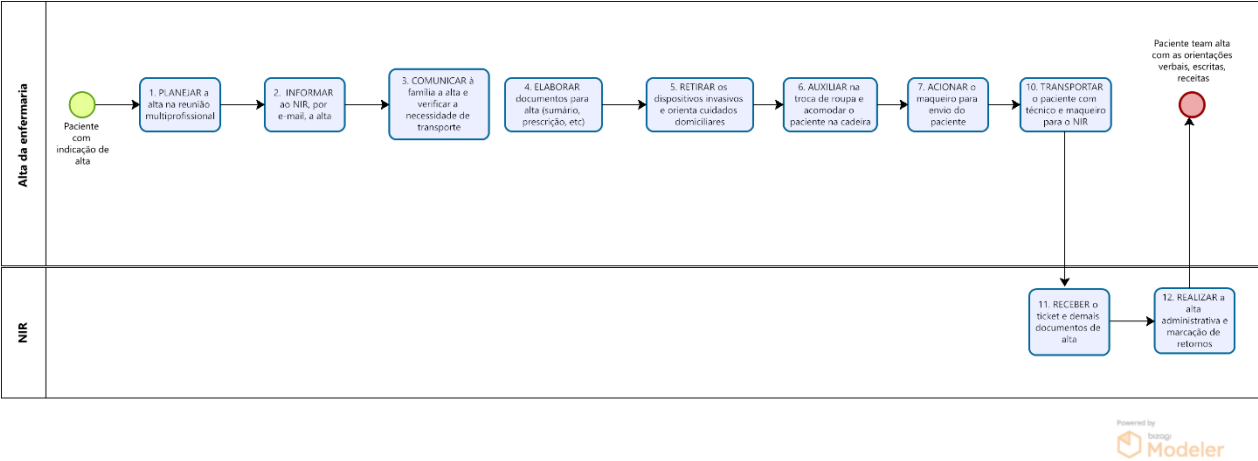
Powered by
brazo
Modeler

9.2 Alta Hospitalar da UTI



Powered by
brazo
Modeler

9.3 Alta da Enfermaria



10 MONITORAMENTO

O monitoramento pode ser realizado por meio dos indicadores:

- Número de altas por período.
- Número de reinternações por período.

11 REFERÊNCIAS

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.. **Transferências internas e externas de pacientes**: POP.URIGIA.002. Versão 1.0. Rio Grande: HU-FURG/EBSERH, 2025. 5 p.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Alta hospitalar**. Protocolo PRT.HC-UFTM-CPAM.010, versão 1. Uberaba: HC-UFTM/EBSERH, 2026. 9 p.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital Universitário Lauro Wanderley. **Protocolo de admissão e alta da Unidade de Terapia Intensiva Adulto do HULW**. João Pessoa: HULW/UFPB, 2024. 19 p. Protocolo PRT.UTIAD.001.

12 HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	14/05/2026	Versão inicial.



Versão	Data	Descrição da atualização
2	18/06/2026	Inclusão no 2.1.1 Fluxo operacional de transferência hospitalar letra f); Inclusão das atribuições do farmacêutico.

APÊNDICE A - Formulário de transição do cuidado

   UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY 	
FORMULÁRIO TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR	
PACIENTE: _____ Prontuário: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Idade: ____	
S	TRANSFERÊNCIA ENTRE SETORES Data: ____/____/____ Hora: ____ Origem: _____ Destino: _____ Responsável pelo transporte: () Téc. Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisio () Maqueiro
	SITUAÇÃO
	Motivo da Transferência: _____
	Diagnósticos: _____
	Sinais Vitais PA: ____x____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ irpm SpO ₂ : ____ % T: ____ °C
	Medicações em uso: _____
	Riscos gerenciados () Não se aplica () Flebite () TEV () LPP () Queda () Outro
	Suporte de Oxigênio () Não () Sim () Cateter: ____ l/min () M.V. ____ % () V.M.
	Acessos vasculares () Não () Sim () CVC () CVP
	Sonda, dreno, ostomias () Não () Sim Qual? _____
	Dieta () VO () Zero () NPT () Liberar após ____ horas:
	Outros dispositivos () Não () Sim Qual? _____
	Lesão de pele () Não () Sim Local? _____
	Curativo () Não () Sim Qual produto? _____
	Precaução () Não () Sim () Contato () Aerossóis () Gotículas
Monitorização () Não () Sim Qual? _____	
Nível de consciência () Consciente () Confuso () Sonolento () Comatoso	
Locomoção () Deambula sem auxílio () Deambula com auxílio () Acamado	
Transporte utilizado () Cadeira de rodas () Maca/L () Incubadora de Transporte () Berço	
B	BREVE HISTÓRICO Comorbidades () Não () Sim () HAS () DM () AVE () DPOC () Outros: _____
	Alergias () Não () Sim Qual? _____
	Procedimento realizado () Não () Sim Qual? _____ Data: ____/____/____ Qual? _____ Data: ____/____/____ Qual? _____ Data: ____/____/____
	Medicações antes do internamento () Não () Sim Qual? _____
	AVALIAÇÃO Registrar dados relevantes das últimas 24h Avaliação médica: _____ _____ _____
A	RECOMENDAÇÕES Recomendações especiais e pendências Exames e pareceres pendentes: _____ _____ _____ Recomendações: _____ _____ _____
	R

Assinaturas da equipe de origem do paciente

Assinaturas da equipe de destino do paciente

APÊNDICE B – Ticket de alta

   Comprovante de Alta hospitalar 	
Nome do Paciente:	+ ()RN
Prontuário:	Data da alta: / /
Clínica de Internação:	
Enfermeira Responsável: (Assinatura e carimbo)	

13 RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Lecidamia Cristina Leite Damascena – chefe de unidade, UGQSP Mayrla Lima Pinto – supervisora de enfermagem, UCM Igor Mendonça do Nascimento – chefe de unidade, UTIAD Márcia Abath Aires de Barros – enfermeira, UTIAD, Lucrécia Maria Bezerra – supervisora de enfermagem, UTIAD Fabyan Esberard de Lima Beltrão - chefe de unidade, UCM Andrea Fabia Freitas da Silva – responsável técnica do serviço social, UMULTI Cinthia Souto Dourado Barboza – supervisora de enfermagem, URIGIA Gilberto Costa Teodozio – chefe de unidade, URIGIA Mariana Ferreira de Abrantes Barros – assistente administrativo, GAS Valkenia Alves Silva - supervisora de enfermagem, UCM Mônica da Costa Batista – chefe de setor, STHH	Data: 05/05/2026
Análise Richele Teixeira de Lima Franco – chefe de Divisão, DCDT Igor Mendonça do Nascimento – chefe de unidade, UTIAD	Data: 27/05/2026
Validação técnica Richele Teixeira de Lima Franco – chefe de Divisão, DCDT	Data: 27/05/2026
Validação de forma Lecidamia Cristina Leite Damascena – chefe de unidade, UGQSP	Data: 18/06/2026
Aprovação Alexandre Augusto Ramalho Araruna – gerente, GAS	Data: 03/06/2026 Aprovado pelo GED em 03/06/2026 às 11:45.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. ® Ano, HU Brasil. Todos os direitos reservados www.gov.br/hubrasil

