



**ESTADO DE ALAGOAS**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL**  
**Hospital Escola Portugal Ramalho**

**DECLARAÇÃO DE INTERNAMENTO**

DECLARAMOS para os devidos fins que o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CPF/CIN nº \_\_\_\_\_, filho(a) de  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, esteve internado (a) neste Hospital Psiquiátrico em tratamento  
especializado sob o nº de prontuário \_\_\_\_\_, com \_\_\_\_\_ internamento(s) no(s) período(s) de  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, ( \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_), conforme consta em nossos  
arquivos.

Diagnóstico CID 10 \_\_\_\_\_ - Diagnóstico fornecido pelo médico assistente, que acompanhou o paciente  
durante o internamento.

OBS.:<sup>1</sup> Declaração solicitada pelo(a) \_\_\_\_\_.

<sup>2</sup> O (A) mesmo (a) autorizou o registro do CID-10 na declaração.

Maceió, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome:

CRM: