



## FICHA DE INTERNAMENTO

### DATA E HORA

10/15/2022 16:22:36

### DADOS DO PACIENTE

* Nome do Paciente Patient Name		* Número do Cartão Nacional do SUS 928 9769 5493 0007	
* Data de Nascimento 10/15/2022	* Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	* Nome da Mãe Patient Mother Name	
* Documento <input checked="" type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG 284.454.000-70		* Endereço Completo (Rua, Av., ...) patient street, 43, paciten, USA	
Nº 123456	Bairro Patient Neighborhood	Município Patient city	UF SP
Nacionalidade Brasileira		* Telefone para Contato (44) 38769-4628	Possui Convênio Suplementar? <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
			Peso Estimado 123.32

### DADOS CLÍNICOS

* Alergias Medicamentosas/Alimentar 0123456789101112131415161718192021222324252627282930313233343536373839404142434445464748495051525354555657
* Comorbidades/Doenças Prévias Heart disease, High blood pressure, Diabetes, Cerebrovascular disease.
* História da Doença Atual/Exame Físico Current illness historyaaaaaaaaaedeqqa
* Suspeita Diagnóstica Inicial (CID) Diagnostic suspicion and referral bias in studies of venous thromboembolism and oral contraceptive use.

### CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

--

* Nome do Médico Responsável Doctor Name
* CNS do Médico Responsável 928 9769 5493 0007
* CRM do Médico Responsável CRM/UF 123456