

## FICHA DE INTERNAMENTO

## **DATA E HORA**

10/12/2022 05:48:10

DADOS DO PACIENTE								
* Nome do Paciente Patient Name					* Número do Cartão Nacional do SUS 928 9769 5493 0007			
* Data de Nascimento	* Sexo	* Nome da						
10/12/2022 M F Patient Mother Name								
* Endereço Completo (Rua, Av.,)								
CPF RG 284.454.000-70 pacient street, 43, paciten, USA  N° Bairro Município UF CEP								
N° Bairro 123456 Patient Nei	ghborhood	Município Patient city					CEP 1234	45-678
Nacionalidade		* Telefone para Contato			Possui Convêni	nio Suplementar?		Peso Estimado
Brasileira		(44) 38769-4628			NÃO	SIM		123.32
DADOS CLÍNICOS								
* Alergias Medicamentosas/Alimentar Penicillin, Aspirin, Ibuprofen, Anticonvulsants.								
* Comorbidades/Doenças Prévias Heart disease, High blood pressure, Diabetes, Cerebrovascular disease.								
* História da Doença Atual/Exame Físico								
012345678910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565 758596061626364656667686970717273747576777879808182838485868788899091929394959697989910010110210310410510								
610710810911011111211311411511611711811912012112212312412512612712812913013113213313413513613713813914014								
114214314414514614714814915015115215315415515615715815916016116216316416516616716816917017117217317417517 617717817918018118218318418518618718818919019119219319419519619719819920020120220320420520620720820921021								
12122132142152162172182192202212222322422522622722822923023123223323423523623723823924024124224324424524 624724824925025125225325425525625725825926026126226326426526626726826927027127227327427527627727827928028								
128228328428528628728828929029129229329429529629729829930030130230330430530630730830931031131231331431531 631731831932032132232332432532632732832933033133233333433533633733833934034134234334434534634734834935035								
135235335435535635735835936036136236336436536636736836937037137237337437537637737837938038138238338438538								
* Suspeita Diagnóstica Inicial (CID)								
* Nome do Médico Responsável								
* CNS do Médico Responsável								
				* CRM do Médico Res	ponsável			



