



FICHA DE INTERNAMENTO

DATA E HORA

19/10/2022 16:11:09

DADOS DO PACIENTE

| | | | | | |
|---|--|---|--|------------------|-------------------------|
| * Nome do Paciente Patient Name | | | * Número do Cartão Nacional do SUS 928 9769 5493 0007 | | |
| * Data de Nascimento 19/10/2022 | * 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 | CEP 12345-678 | |
| 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 Penicillin, Aspirin, Ibuprofen, Anticonvulsants. |
| * Comorbidades/Doenças Prévias Heart disease, High blood pressure, Diabetes, Cerebrovascular disease. |
| * História da Doença Atual/Exame Físico Current illness history |
| * Suspeita Diagnóstica Inicial (CID) Diagnostic suspicion and referral bias in studies of venous thromboembolism and oral. |

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 |