



## FICHA DE INTERNAMENTO

### DATA E HORA

16/10/2022 03:26:11

### DADOS DO PACIENTE

* Nome do Paciente Patient Name			* Número do Cartão Nacional do SUS 928 9769 5493 0007		
* Data de Nascimento 16/10/2022	* 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			
N° 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