

## FICHA DE INTERNAMENTO

## DATA E HORA

10/15/2022 16:11:06

## DADOS DO PACIENTE

* Nome do Paciente 012345678910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565758596061626364656667686970717273747576777879808182838485868788899091929394959697989900						* Número do Cartão Nacional do SUS 92809762454935067									
* 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		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

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

## 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	