



## FICHA DE INTERNAMENTO

### DATA E HORA

19/10/2022 17:45:07

### DADOS DO PACIENTE

|   |  |   |  |                  |                         |
|---|--|---|--|------------------|-------------------------|
| * Nome do Paciente<br>Patient Name  |  |   | * Número do Cartão Nacional do SUS<br>928 9769 5493 0007   |                  |                         |
| * Data de Nascimento<br>19/10/2022  | * Sexo<br><input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F | * Nome da Mãe<br>Patient Mother Name                                    |  |                  |                         |
| * Documento<br><input checked="" type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG 284.454.000-70 |  | * Endereço Completo (Rua, Av., ...)<br>patient street, 43, paciten, USA |  |                  |                         |
| N°<br>123456  | Bairro<br>Patient Neighborhood   | Município<br>Patient city   | UF<br>SP   | CEP<br>12345-678 |                         |
| Nacionalidade<br>Brasileira   |  | * Telefone para Contato<br>(44) 38769-4628                              | Possui Convênio Suplementar?<br><input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM |                  | Peso Estimado<br>123.32 |

### DADOS CLÍNICOS

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

### CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

|  |
|--|
|  |
|--|

|   |
|---|
| * Nome do Médico Responsável<br>Doctor Name       |
| * CNS do Médico Responsável<br>928 9769 5493 0007 |
| * CRM do Médico Responsável<br>CRM/UF 123456      |