



FORMULÁRIO – ATENDIMENTO

FICHA DE INTERNAÇÃO

Código: F.HABF.134

Versão: 00

Elaboração: 09/02/2023

DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____ HORÁRIO: ____:____ HS

NOME: _____

RG: _____ DATA ADMISSÃO: ____/____/____ ÓRGÃO EMISSOR: _____

CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ESTADO CIVIL: _____ SEXO: () F () M () OUTROS COR: _____

NATALIDADE: _____ ESTADO: _____ UF: _____

NOME DA MÃE: _____

ENDEREÇO: _____

Nº: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: _____

UF: _____ CEP: _____ TELEFONE: _____

PROFISSÃO: _____

CONVÊNIO SUS – PLANO ÚNICO: _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____ CID: _____

TIPO DE INTERNAÇÃO: _____ CARÁTER INTERNAÇÃO: () ELETIVA () URGÊNCIA

TIPO DE SERVIÇO: _____

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL: _____

MÉDICO: _____ CRM: _____

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

DATA DA ALTA: ____/____/____ HORA: ____:____ HS

DATA DA SAÍDA: ____/____/____ HORA: ____:____ HS

COLABORADOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO