DOENÇA (ASSINALAR X NA(S) SUSPEITA(S) E COLOCAR Nº SINAN															
Unidade	Nome	Idade	Data de internação	Dengue	Nº SINAN	Febre Amarela	Nº SINAN	Chikungunya	Nº SINAN	Zika Vírus	Nº SINAN	Endereço do PACIENTE	Nº Cartão SUS	Evolução	Data da Evolução
NOME DO HOSPITAL															