



ANEXO S
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Este Boletim deve ser entregue no FUSEx no prazo de até 3 (três) dias úteis

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO MILITAR DO NORDESTE
COMANDO DA 10ª REGIÃO MILITAR
2º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE
CONSTRUÇÃO

☐

FUSEX

☐

FATOR DE CUSTO

☐

PASS

1 - CAMPOS PARA O PREENCHIMENTO NA RECEPÇÃO DA OCS

Nome da OCS Credenciada:

1.1 - Categoria do (a) Beneficiário (a) Titular:

<input type="checkbox"/>	Militar do Efetivo Profissional	<input type="checkbox"/>	Militar do Efetivo Variável ou Aluno	<input type="checkbox"/>	Pensionista Militar
<input type="checkbox"/>	Servidor Civil em Atividade	<input type="checkbox"/>	Servidor Civil Aposentado	<input type="checkbox"/>	Pensionista de Servidor Civil

1.2 - Dados do Titular:

Nome:
OM de Vinculação:
Posto, Graduação ou Nível Funcional (conforme consta na identidade):

1.3 - Dados do Responsável/Acompanhante (na ausência do titular):

Nome:		
Identidade:	CPF:	Telefone para contato:

1.4 - Dados do PACIENTE:

Nome:	Idade:
Grau de Parentesco com o Titular:	Nr do Cartão:

2 - CAMPOS PARA O PREENCHIMENTO DO MÉDICO ATENDENTE NA OCS (itens 2.1 a 3)

2.1 – Classificação pós atendimento:

URGÊNCIA

EMERGÊNCIA

NÃO É CASO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

2.2-Detalhamentos dos Procedimentos Solicitados e Serviços Prestados para o Atendimento de Urgência ou Emergência (Utilizar o verso do Boletim para prescrever mais procedimentos, porém deve conter data, assinatura e carimbo do médico):

2.3-Quadro Clínico e/ou Hipóteses Diagnósticas que Justifiquem os Procedimentos de Urgência ou Emergência Solicitados:

2.4-Hora do Atendimento: ____:____ horas.

2.5 - Assinatura e Carimbo do Médico

3-Data do Atendimento: ____ / ____ / ____

4-

Assinatura (Paciente, Titular, Responsável, ou Acompanhante)

OBSERVAÇÃO: Por este instrumento atesto que o serviço foi prestado. Estou ciente de que devo informar este atendimento ao Posto Médico/2º BEC (Seção FUSEx), **NO PRAZO DE ATÉ 3 (TRÊS) DIAS ÚTEIS**, sob pena de o titular ser responsabilizado pela indenização integral das despesas. Anexar ao Boletim de Urgência **cópia do cartão ou da declaração provisória (na ausência do cartão), da identidade** do paciente ou do titular. Todos os campos deste Boletim são de preenchimento obrigatório, não podendo conter emendas ou rasuras e devem ser legíveis, a ausência de dados ou preenchimento incorreto em pelo menos um campo do formulário **gera glosa total** da conta.