



Visto:

Ch FUSEx/UG

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

PEDIDO DE EXAMES – UG FUSEx

1. Dados do Paciente:

Nome: _____

Código da Condição

Dependência: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Sequencial do Cartão do FUSEX: _____ Está internado: () Sim () Não

2. Dados do Titular:

Nome: _____ PREC/CP do titular: _____

OM de Vinculação: _____

3. Dados a serem preenchidos pelo médico solicitante:

Exames Solicitados _____ CID: _____

_____ CID: _____

_____ CID: _____

Histórico da doença atual: _____

Justificativa para os exames pedidos: _____

Já realizou exames similares: () SIM () NÃO Quando: ____/____/____

Resultados dos exames realizados anteriormente: _____

_____, ____ de _____ de _____

Nome, Especialidade, Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante

4. Parecer do Médico Auditor:

Exames autorizados: _____

Exames não autorizados: _____

Parecer Final: _____

Médico Auditor/UG FUSEx

Data

Autorizo:

Cmt (*)

(*) Pode ser delegada para o Chefe Posto Médico