



OCS: \_\_\_\_\_ Controle Nr: \_\_\_\_\_

	Atendimento de URGÊNCIA.
--	--------------------------

**PACIENTE:**

NR DO CARTÃO DA PASS: 

					-		
--	--	--	--	--	---	--	--

[illegible]

	<b>Servidor Civil em Atividade</b>		<b>Servidor Civil Aposentado</b>		<b>Pensionista de Civil</b>
--	------------------------------------	--	----------------------------------	--	-----------------------------

**OM de Vinculação do Titular:**

**PROCEDIMENTOS SOLICITADOS:**

---

---

---

---

**GRADUADO-DE-DIA NO POSTO MÉDICO/FUSEx:**

Data/Hora da Emissão desta Autorização para Atendimento de Urgência: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ – \_\_\_\_ : \_\_\_\_ horas.

Telefone para contato com o Graduado-de-Dia do FUSEx: \_\_\_\_\_

Teresina-PI, / /

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

**Assinatura do Médico do FUSEx (carimbo – com CRM)**

**Anotações e Solicitações do Médico Atendente na OCS Credenciada:**

---

**OBSERVAÇÃO:** Caso esta prestação de serviço seja **“Atendimento de Urgência (Opção 1)”**, caberá à OCS (Hospital ou Clínica) enviar ao FUSEx (Posto Médico/2º BEC), no prazo de **até 3 (três) dias úteis**, a cópia do **Boletim de Atendimento de Urgência**, conforme cláusula contratual vigente. Esta Ficha não pode conter emendas ou rasuras.

(1ª VIA: Hospital ou Clínica – 2ª VIA: Paciente – 3ª VIA: FUSEx/Posto Médico)