



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

ANEXO T
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
FUSEx – Ficha de Autorização

OCS: _____ Controle Nr: _____

Encaminho o beneficiário do FUSEx abaixo identificado, atendido previamente por este Médico do FUSEx, no Posto Médico de Guarnição de Teresina, para fins de:

Atendimento de URGÊNCIA.
Realização de EXAME, em regime de URGÊNCIA, para avaliação imediata do MÉDICO do FUSEx.

PACIENTE: _____

Posto/Graduação: _____

Número do RA (Cb/Sd EP): _____

NR DO CARTÃO DO FUSEx:

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

NR DO CPF:

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

SITUAÇÃO DO TITULAR:

<input type="checkbox"/> Militar da Ativa	<input type="checkbox"/> Militar Inativo (Aposentado)	<input type="checkbox"/> Pensionista de Militar
--	--	--

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/Acompanhante _____

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)