



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

ANEXO U
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
FATOR DE CUSTO – Ficha de Autorização

OCS: _____ Controle Nr: _____

Encaminho o beneficiário do **FATOR DE CUSTO** 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(s) em regime de URGÊNCIA, para a avaliação do Médico do FUSEx.**

PACIENTE: _____

Posto/Graduação: _____

NR DO CARTÃO DO FUSEx:

										-		
										-		

NR DO CPF:

RA (Sd EV/Alu CFS/NPOR): _____

SITUAÇÃO DO TITULAR:

<input type="checkbox"/>	Militar da Ativa	<input type="checkbox"/>	Militar Inativo	<input type="checkbox"/>	Pensionista de Militar	<input type="checkbox"/>	Militar do EV/Aluno
--------------------------	------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------

OM de vinculação do Titular: _____

Cidade/UF: _____ Telefone/DDD: _____

PROCEDIMENTO: _____

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)