



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):

[illegible]

SITUAÇÃO DO TITULAR:

☐ **Militar da Ativa**

☐ **Militar Inativo (Aposentado)**

☐ **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 2 (dois) 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)