



OCS: _____ **Controle Nr:** _____

☐ **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:

RA (SdEV/Al CFS/NPOR):

SITUAÇÃO DO TITULAR:

☐ **Militar da Ativa** ☐ **Militar Inativo** ☐ **Pensionista de Militar** ☐ **Militar do EV/Aluno**

OM de vinculação do Titular:

Cidade/UF: _____ Telefone/ddd: _____

PROCEDIMIENTO:

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 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)