

**Responsável da OCS que enviou o pedido:**

Setor: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Fone/FAX: \_\_\_\_\_

**ANEXO X**  
(Edital nº 001/15)



**Responsável no FUSEx que autorizou:**

Posto: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Fone/FAX: **(86) 99531-9060**

MINISTÉRIO DA DEFESA - EXÉRCITO BRASILEIRO  
COMANDO MILITAR DO NORDESTE - 10ª REGIÃO MILITAR  
2º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE CONSTRUÇÃO  
POSTO MÉDICO DE GUARNIÇÃO DE TERESINA

## **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO**

**Solicito ao FUSEx/2º BEC autorização para tratamento do(a) seguinte paciente, em regime de internação, em decorrência de Atendimento de Urgência/Emergência:**

**OCS:** \_\_\_\_\_

Nome do(a) Paciente: \_\_\_\_\_

Militar ou Dependente (FUSEx) \_\_\_\_\_ Civil ou Dependente (PASS): \_\_\_\_\_

NR do CARTÃO do FUSEx ou PASS: \_\_\_\_\_

Com Diagnóstico de: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Cujos principais sinais e sintomas são \_\_\_\_\_

Justificativa para internação: \_\_\_\_\_

Caráter da Internação: ☐ Urgência ☐ Emergência

Tipo de tratamento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico

Descrição dos Procedimentos (tratamento)	Quantidade	Código CBHPM/5ª Ed.

Data/Hora da Internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_:\_\_\_\_ Horas

Previsão do tempo de hospitalização: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

É caso de ato cirúrgico (Sim ou Não?) \_\_\_\_\_

Data/Hora programada para a Cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_:\_\_\_\_ Horas (se for o caso)

Materiais especiais (OPME)?

☐ Não ☐ Sim, descrição:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teresina - PI, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura e carimbo do médico)

Teresina - PI, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura do paciente ou responsável)