

ANEXO XIX AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2021 DO HMAPA



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 3ª RM

HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE

PEDIDO DE INTERNAÇÃO

Solicito ao Fundo de Saúde do Exército (FUSEx) autorização para tratamento do (a) paciente:

Nr do PREC CP ou matrícula do SIAPE _____, no (a) () Hospital ou () Clínica:

Nome da Instituição _____.

Com Diagnóstico de: _____ CID: _____

Cujos principais sinais e sintomas são:

Justificativa para internação:

Caráter da Internação: () Eletiva () Urgência/Emergência

Tipo de tratamento: () Clínico () Cirúrgico

Descrição dos Procedimentos (tratamento)	Quantidade	Código CBHPM

Data da internação: ___/___/____

Data da cirurgia: ___/___/____ (se o tratamento for cirúrgico)

Previsão do tempo de hospitalização: _____

Materiais especiais?

Não

Sim, descrição:

_____, - RS, ____/____/202

(assinatura e carimbo do médico)