

ANEXO T – SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS POR OCS/PSA



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 1ª REGIÃO MILITAR
(4ª Distrito Militar/1891)
REGIÃO MARECHAL HERMES DA FONSECA**

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS POR OCS/PSA

À SEÇÃO DE ATENDIMENTO DO FUSEx

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: _____

PREC CP / SIAPE: _____ - ____ Idade: _____ Sexo: () F () M

2. NATUREZA DO PROCEDIMENTO: () AMBULATORIAL () HOSPITALAR

3. ACOMODAÇÃO: () APTO ____ dia(s) () ENF ____ dia(s) () UTI ____ dia(s) () DAY CLINIC

4. RESUMO CLÍNICO E INDICAÇÃO: (continuar no verso ou anexar receituário em caso de espaço insuficiente)

5. PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S) – CÓDIGO TUSS:

_____() / _____
_____() / _____
_____() / _____
_____() / _____
_____() / _____
_____() / _____

6. OPME: () NÃO () SIM, especifique:

7. AUXILIAR: () 1 () 2 () 3 () NÃO

8. ANESTESISTA: () SIM () NÃO

_____/_____/_____
Médico solicitante