



**MARINHA DO BRASIL**  
**ESCOLA DE APRENDIZES-MARINHEIROS DE SANTA CATARINA**

**PEDIDO DE INTERNAÇÃO**

Solicito ao Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA) autorização para tratamento do(a) paciente:

(Nome do Paciente) \_\_\_\_\_,

NIP 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 AMB

Data da internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (se o tratamento for cirúrgico)

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

*Continuação do ANEXO II à Minuta de Termo de Contrato para Clínicas Médicas Especializadas*

Materiais especiais?

☐ Não

☐ Sim, descrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, SC, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(assinatura e carimbo do médico)