



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 I à Minuta de Termo de Contrato para Profissionais de Saúde Autônomos
(PSA)*

Materiais especiais?

☐ Não

☐ Sim, descrição: _____

_____, SC, __/__/____

(assinatura e carimbo do médico)