

**ANEXO “D”**

**MODELO IX**



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
15º GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA AUTOPROPULSADO**

**PEDIDO DE INTERNAÇÃO**

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

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

Nº 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 AMB

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

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

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

Materiais especiais?

( ) Não

( ) Sim, descrição:

---

[Localidade], XX de XXXXXXXX de 20XX.

---

(assinatura e carimbo do médico)