



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
DIRETORIA GERAL DE SAÚDE
COORDENARIA REGIONAL DE SAÚDE DO INTERIOR – NORTE NOROESTE**

FORMULÁRIO DE INTERNAÇÃO

SENHA: _____

OBM: _____

Nome do paciente: _____

Nome do Militar responsável: _____

Graduação do Militar: _____ **N. do RG:** _____

Telefone de contato: _____ Endereço: _____

HOSPITAL: _____

Data da internação: 01/01/2024 **Horário da internação:** 10:00

Tempo previsto:

Quando clínica e história diagnóstica:

Normas para atendimento:

1- O formulário deve ser totalmente preenchido e enviado para a CRSI: NN por fax: (22) 2724-3410 no máximo 12 horas após a internação e comunicado de imediato pelo Tel: (22) 88318109.

2- As internações com previsão acima de 48h deverão ser avaliadas pelo Coordenador Regional de Saúde do interior do Norte Noroeste Fluminense para devidas providências.

3- A liberação de senha será feita através de contato telefônico com a CRSI: NN nos horários de 8:00h às 12:00h e 13h às 17h pelos telefones (22) 2724-3014 e (22) 2722-1755

Assinatura do paciente ou responsável

N. de identidade ou CPF do Responsável