



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
DIRETORIA GERAL DE SAÚDE
COORDENARIA REGIONAL DE SAÚDE DO INTERIOR – NORTE NOROESTE CRSI –N/NO**

FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

SENHA: _____

OBM:

Nome do paciente: _____

Nome do Militar responsável: _____

Patente/Graduação: _____ RG: _____ DIGITO: _____

Telefone de contato: _____

Endereço:

Unidade Hospitalar:

Data de atendimento: 06/06/2018

TIPO DO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

1.6.1 CONSULTA

• 4 • 《新編中華書局影印》《新編中華書局影印》

QUADRO CLINICO E HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO:	
<p>1. Sintomas e Sinais:</p> <p>2. Exames:</p> <p>3. Diagnóstico:</p>	
<p>4. Tratamento:</p> <p>5. Prognóstico:</p>	

Normas para atendimento:

1- O formulário deve ser preenchido e enviado para a CRSI -N/NO via fax: (22) 2724-1755 a qualquer horário.

Assinatura do paciente ou responsável