



**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 do atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**TIPO DO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA:**

1- ( ) CONSULTA

2- ( ) INTERNAÇÃO – INDICAÇÃO CLÍNICA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**QUADRO CLINICO E HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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