

**Anexo Q do edital de Credenciamento de Saúde nº 01/2017 da CFRP.
 GUIA DE APRESENTAÇÃO DO USUÁRIO (GAU)
 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

1 - Nº:	2 - Data de Emissão da GAU <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
---------	--

OMH/OMFM: _____

DADOS DO USUÁRIO

3 - Nome	4 - NIP <input type="text"/>	5 - Nº Ident. Militar	6 - Data validade da AMH <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
----------	---------------------------------	-----------------------	--

DADOS DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

7 - Nome	8 - NIP <input type="text"/>	9 - Telefone
----------	---------------------------------	--------------

DADOS DA SOLICITAÇÃO

10 - Data da Solicitação <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	11 - Nome do Profissional Solicitante	12 - Conselho Profissional	13 - Número no Conselho	14 - UF
--	---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------

15 - Dente	16 - Face	17 - Descrição do procedimento	18 - Data / Assinatura do Beneficiário (após o procedimento)
1- <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	1- <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> _____
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	2- <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> _____
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	3- <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> _____
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	4- <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> _____
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	5- <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> _____

DADOS DO CREDENCIADO EXECUTANTE

19- CNPJ / CPF <input type="text"/>	20 - Nome do Credenciado	21 - Conselho Profissional	22- Número no Conselho	23 - UF
24 - Logradouro - Número - Complemento		25 - Município	26 - CEP	

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

27-Data / Assinatura / Carimbo do Autorizador <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	28-Autorizo a entrega de meu prontuário, se solicitado pela MB, para fim de auditoria Data / Assinatura do Beneficiário ou Responsável <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	29-Data / Assinatura / Carimbo do Credenciado Executante <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
---	---	--

30 - OBSERVAÇÕES