

Modelo de Guia de Apresentação do Usuário (GAU) – Consulta/Exame/Procedimento

MARINHA DO BRASIL					
GUIA DE APRESENTAÇÃO DO USUÁRIO					
Nº	Data de emissão	Nº Guia Origem			
Dados do usuário					
Nome					NIP
Nº Ident. Militar	Data de validade AMH	Telefone fixo		Telefone celular	
Dados do responsável pelo paciente					
Nome				NIP	Telefone
Informações gerais					
Cód. CID Principal	Descrição do CID				
Dados Clínicos					
Dados do credenciado					
CNPJ/CPF	Nome do credenciado				
Logradouro				Número	
Complemento					
Bairro	Município			UF	CEP
Nome do médico responsável pelo paciente			Conselho Profissional	Nº no Conselho	UF
Motivo do Encaminhamento					
Tipo	Especialidade	Exame/Procedimento			
Observação					
<div></div> <div></div> <div></div>					
OM/Data/Assinatura/Carimbo do Autorizador			Data/Assinatura/Carimbo do Credenciado Executante		
<div></div>			<div></div>		
Data/Assinatura do Usuário ou Responsável <div></div> Grau de parentesco: <div></div>			Autorizo a entrega de cópia do meu prontuário, referente a este atendimento, se solicitado pela MB, para fim de Auditoria. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Data/Assinatura do Usuário ou Responsável Identidade:			Data/Assinatura do Usuário ou Responsável		