

Modelo de Guia de Apresentação do Usuário (GAU) - Autorização de Internação

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	Nome do credenciado			
Logradouro				Número
Complemento				
Bairro	Município	UF	CEP	
Nome do médico responsável pelo paciente		Conselho Profissional	Nº no Conselho	UF
Dados da Autorização da internação				
Data da admissão hospitalar	Qtd. diárias solicitadas	Tipo de acomodação autorizada		Acompanhante
OM/Data/Assinatura/Carimbo do Autorizador		Data/Assinatura/Carimbo do Credenciado Executante		
Data/Assinatura do Usuário ou Responsável ____/____/____ Grau de parentesco: _____ _____ Data/Assinatura do Usuário ou Responsável Identidade: _____		Autorizo a entrega de cópia do meu prontuário, referente a este atendimento, se solicitado pela MB, para fim de Auditoria. () Sim () Não _____ Data/Assinatura do Usuário ou Responsável		
Dados da Prorrogação				
Justificativa				

Qtd. diárias solicitadas	Data/Assinatura/Carimbo do Autorizador			
	____/____/____			