

ANEXO H
GUIA DE APRESENTAÇÃO DO USUÁRIO (GAU)
SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO PROFISSIONAL/ SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

1 - Nº:	2 - Data de Emissão da GAU _ _ / _ _ / _ _
---------	--

OMH/OMFM: _____

DADOS DO USUÁRIO			
3 - Nome	4 - NIP _ _ _ _ _ _ _ _ _	5 - Nº Ident. Militar	6 - Data validade da AMH _ _ / _ _ / _ _

DADOS DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE		
7 - Nome	8 - NIP _ _ _ _ _ _ _ _ _	9 - Telefone

DADOS DA SOLICITAÇÃO			
10 - Nome do Profissional Solicitante	11 - Conselho Profissional	12-Número no Conselho	13 - UF

14 - Data da Solicitação _ _ / _ _ / _ _	15 - INDICAÇÃO CLÍNICA _____
--	---------------------------------

16 - DESCRIÇÃO
1-
2-
3-
4-
5-

DADOS DO CREDENCIADO EXECUTANTE				
17- CNPJ / CPF	18 - Nome do Credenciado	19 - Conselho Profissional	20-Número no Conselho	21 - UF
22 - Logradouro - Número - Complemento		23 - Município	24 - CEP	

DADOS DA AUTORIZAÇÃO		
25-Data / Assinatura / Carimbo do Autorizador _ _ / _ _ / _ _	26-Data / Assinatura do Beneficiário ou Responsável _ _ / _ _ / _ _	27-Data / Assinatura / Carimbo do Credenciado Executante _ _ / _ _ / _ _
28-Data / Assinatura do Beneficiário (Procedimentos em Série) 1- _ _ / _ _ / _ _ 3- _ _ / _ _ / _ _ 5- _ _ / _ _ / _ _ 7- _ _ / _ _ / _ _ 9- _ _ / _ _ / _ _ 2- _ _ / _ _ / _ _ 4- _ _ / _ _ / _ _ 6- _ _ / _ _ / _ _ 8- _ _ / _ _ / _ _ 10- _ _ / _ _ / _ _		

29 - OBSERVAÇÕES
