

MARINHA DO BRASIL

GUIA DE APRESENTAÇÃO DO USUÁRIO / SIAD

Nº	Data de emissão	Nº Guia de Origem	Protocolo de marcação
Dados do Usuário			
Nome Social			
Nome		NIP	Posto Vínculo
Nº Ident. Militar	Data de validade AMH	Telefone fixo	Telefone Celular
Informações gerais			
Cód. CID	Descrição CID		
Dados Clínicos			
Dados do credenciado			
CNPJ/CPF	Nome do Credenciado		
Logradouro			Número
Complemento			
Bairro		Município	UF
CEP	Telefone 1	Telefone 2	
Nome do médico responsável pelo paciente		Conselho Profissional	Nº no Conselho UF
Motivo do Encaminhamento			
Tipo	Especialidade	Exame/Procedimento	
Observações			
OM/Data/Assinatura/Carimbo do Autorizador		Data/Assinatura/Carimbo do Credenciado Executante	
Data/Assinatura do Usuário Responsável		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	
____ / ____ / ____ Grau de parentesco: _____ _____ Data/Assinatura do Usuário ou Responsável Identidade:		_____ Data/Assinatura do Usuário ou Responsável	