

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			
OM/Data/Assinatura/Carimbo do Autorizador		Data/Assinatura/Carimbo do Credenciado Executante	
Data/Assinatura do Usuário ou Responsável		Autorizo a entrega de cópia do meu prontuário, referente a este atendimento, se solicitado pela MB, para fim de Auditoria.	
____/____/____ Grau de parentesco: _____ _____ Data/Assinatura do Usuário ou Responsável Identidade:		____/____/____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____ Data/Assinatura do Usuário ou Responsável	