

APENSO A

MARINHA DO BRASIL
CAPITANIA DOS PORTOS DE SERGIPE

SETOR DE SAÚDE / SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO ODONTOLÓGICA

Av. Ivo do Prado, nº 752, São José – Aracaju/SE

Telefone: (79) 3711-1646 CEP: 49.015-070

AUTORIZAÇÃO PARA TERAPIAS

Autorizo o paciente _____

NIP_____ a realizar _____ sessões de _____.

RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO

A realização das sessões deve ser comprovada através da assinatura do paciente ou responsável no quadro abaixo, devendo ser preenchido a cada dia em que realizar a sessão/atendimento, acompanhado da assinatura e carimbo que identifique o profissional prestador do serviço.

Para fins de auditoria e faturamento junto à Capitania dos Portos de Sergipe, após realização das sessões, esta papeleta deverá ser encaminhada em sua via original acompanhada da GAU (Guia de Apresentação do Usuário).

[illegible]