

**MARINHA DO BRASIL  
COMANDO DO 5º DISTRITO NAVAL**

**NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (NAS)**

**PROGRAMA DE ATENDIMENTO ESPECIAL (PAE)**

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO**

**Clínica ou Profissional:**

\_\_\_\_\_

**Usuário:**

\_\_\_\_\_

**NIP:** \_\_\_\_\_ **Identidade:** \_\_\_\_\_

**Responsáveis:**

**PAI:** \_\_\_\_\_

**MÃE:** \_\_\_\_\_

Solicito atendimento e orientação para o dependente mencionado e autorizo a realização da(s) sessão(ões) semanal(is) e na(s) especialidade(s) conforme especificado abaixo. Caso a profissional necessite de mais sessões para o tratamento, será preciso autorização prévia.

QUANTIDADE DE SESSÃO	ESPECIALIDADE

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Local UF

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo

