

Anexo L, do Edital de Credenciamento nº 001/2025 do CMAM.

GUIA DE APRESENTAÇÃO DO USUÁRIO / SADT

Nº	Data de emissão	Nº Guia de Origem	Protocolo de marcação	
Dados do Usuário				
Nome Social				
Nome	NP		Vínculo	Tipo
Nº Ident. Militar	Data de validade AMH	Telefone fixo	Telefone Celular	
Dados do responsável pelo paciente				
Nome	NP	Posto	Telefone	
Informações gerais				
Cód. CID	Descrição CID			
Dados Clínicos				
Dados do credenciado				
CPF/CNPJ	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				

DM/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 MIB, para fim de Auditoria.		
_____ Grau de parentesco:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Data/Assinatura do Usuário ou Responsável identidade:		_____ Data/Assinatura do Usuário ou Responsável		