



MARINHA DO BRASIL
ESCOLA DE APRENDIZES-MARINHEIROS DE SANTA CATARINA

TERMO DE COMPROMISSO PARA ENTREGA DA GAU

Nome do titular do FUSMA: _____

Nome do dependente (paciente): _____

NIP: _____

Especialidade atendida: _____

Data de atendimento: ____/____/____ Hora de emissão: ____/____/____

Telefone de contato do responsável: _____

Declaro que fui atendido(a), em caráter de URGÊNCIA e ou EMERGÊNCIA pelo Hospital _____, e me comprometo a providenciar em até 48 (quarenta e oito) horas ou 2 (dois) dias úteis, a contar da data do atendimento, a Guia de Encaminhamento (Autorização).

Estou ciente que o não cumprimento deste termo acarretará o pagamento integral das despesas realizadas diretamente com a CREDENCIADA, sem nenhum ônus ao FUSMA.

Assinatura do beneficiário ou responsável

A ser preenchido pela Organização de Saúde Extra-Marinha /OSE

Horário limite para a troca do tempo para a Guia autorizada do FUSMA _____

Srs. Beneficiários, a troca somente será realizada dentro do prazo e horários estabelecidos acima.

Assinatura da recepcionista responsável pelo atendimento (legível)

OBS: O hospital ficará com o termo original e o responsável pelo paciente ficará com a cópia a ser trocada.