

MARINHA DO BRASIL
POLICLÍNICA NAVAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

ANEXO V
MODELO DE GUIA DE APRESENTAÇÃO DO USUÁRIO / INTERNAÇÃO

MARINHA DO BRASIL

GUIA DE APRESENTAÇÃO DO USUÁRIO / INTERNAÇÃO EMERG

Nº 911912024	Data de emissão	Nº Guia de Origem	
Dados do Usuário			
Nome Social			
Nome		NIP	Vínculo Tipo
Nº Ident. Militar	Data de validade AMH	Telefone fixo	Telefone Celular
Dados do responsável pelo paciente			
Nome		NIP	Posto Telefone
Informações gerais			
Cód. CID	Descrição CID		
Dados Clínicos			
Dados do credenciado			
CNPJ/CPF	Nome do Credenciado		
Logradouro			Número
Complemento			
Bairro	Município		UF RJ
CEP	Telefone 1	Telefone 2	
Nome do médico responsável pelo paciente		Conselho Profissional	Nº no Conselho UF
Dados da Autorização da Internação			
Data da admissão hospitalar / /2024	Qtd. diárias solicitadas	Tipo de acomodação autorizada	Acompanhante
OM/Data/Assinatura/Carimbo do Autorizador PNSPA / /2024		Data/Assinatura/Carimbo do Credenciado Executante ____/____/____	
Data/Assinatura do Usuário Responsável ____/____/____ Grau de parentesco: _____		Autorizo a entrega de cópia do meu prontuário, referente a este atendimento, se solicitado pela MB, para fim de Auditoria. () Sim () Não _____	
Data/Assinatura do Usuário ou Responsável Identidade: _____		Data/Assinatura do Usuário ou Responsável	
Dados da Prorrogação			
Justificativa			
_____ _____ _____ _____			
Qtd. diárias solicitadas	Data/Assinatura/Carimbo do Autorizador ____/____/____		