



**Ministério Público da União - MPU**  
**Exame Periódico de Saúde**

Nº da Guia

**GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

**1. Identificação do Membro / Servidor**

Ramo do MPU: **MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO**

Ano:

Nome: Nascimento:

Matrícula: Telefone: Telefone:

**2. Identificação do Prestador (deverá ser preenchido pelo prestador)**

Razão Social:

CNPJ:

Endereço:

Telefone:

**3. Procedimentos Solicitados**

**LABORATORIAIS**

**DIAGNÓSTICO**

7.97.08.005-0 – Mamografia Digital Bilateral

**CONSULTAS**

**Observações:**

- 1) A nota fiscal deverá ser emitida para o CNPJ da Procuradoria Local;
- 2) O faturamento deverá ocorrer nos códigos liberados acima;
- 3) A nota fiscal dos códigos acima não deverá conter outros códigos.

Local:

Data da emissão:

Declaro, que o(s) procedimento(s) descrito(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória.

Data:

Assinatura do paciente:

**Guia válida por 60 dias a partir da data de emissão.**