

MARINHA DO BRASIL

GUIA DE APRESENTAÇÃO DO USUÁRIO

Nº 8900020219629		Data de emissão 13/07/2021		Nº Guia de Origem	Protocolo de marcação				
Dados do Usuário									
Nome DIOGO CAVALCAN	TE RODRIGUE	S LOPES			NIP 12008133	Vinculo TITULAR			
Nº Ident. Militar 795187-6		Data de validade AMH		Telefone fixo 2638-3443	Telefone Celular	MOLAN			
Informações gerais		5 16		2030 3413					
Cód. CID 183.9	Descrição CID Varizes dos	s membros inferiores sem úlcera ou inflamação							
Dados Clínicos			or services and services are services and services are services and services and services and services are services are services and services are services are services are services and services are se	indire goo					
Paciente em acompanhame	ento com especialist	a por varizes de memb	ros inferiores, sendo solicit	ado USG COM DOPPLER DE <mark>MEMBRO I</mark> I	NFERIOR DIREITO para avai	íação e conduta.			
Dados do credenciado									
CNPJ/CPF 54537337000161		Nome do Credenciado DIMEDI - INST	ISTITUTO DE MEDICINA DIGITAL						
RUA FERNANDES F			Número 97/105						
Complemento									
Bairro TATUAPÉ			Municipio SAO PAULO		SP CEP 03308	-06			
Nome do médico responsável pelo paciente				Conselho Profissional	Nº no Conselho	UF			
Motivo do Encaminhan	nento								
Tipo ULTRASSONOGRAFIA	Especialidad	e	Exame/Procedimento	r colorido venoso de membro inferior					
Observações									
OM/Data/Assinatura/Carimbo do Autorizador DSM 17/07/2021 GEOVANNI BATISTA DE OLIVEIRA				Data/Assinatura/Carimbo do Credenciado Executante					
Data/Assinatura do Usuário Responsável/ Grau de parentesco: Data/Assinatura do Usuário ou Responsável Identidade:				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					
Idendade.									

Carlos diotana Merino

Capitas de Corveta (Md)

Encanegado da Divisão de Saude - Sede



MARINHA DO BRASIL

GUIA DE APRESENTAÇÃO DO USUÁRIO

0000031721370		UUIA		7 197 10 20 0207 1			W. Commission of the Commissio	
Nº 8900020219630		Data de emissão 13/07/2021		Nº Guia de Origem	Protoc	Protocolo de marcação		
Dados do Usuário							1.0	
Nome DIOGO CAVALCANTE I	RODRIGUE	ES LOPES			THE RESIDENCE OF THE PARTY OF T	008133	Vinculo TITULAR	
Nº Ident. Militar 795187-6 Data de validade AMF				Telefone fixo 2638-3443	Telefor	ne Celular		
Informações gerais			Marie and the second					
CÉT CID DO	crição CID	s membros inferio	res sem úlcera ou in	flamação				
Dados Clínicos	varizes do.	3 TICHBIOS MICHO	res serrialeera sa ir.	natria y a s				
Paciente em acompanhamento	comespecialis	ta por varizes de memb	oros inferiores, sendo solicita	ado USG COM DOPPLER DE	MEMBRO INFERIOR ESQ	UERDO para	avaliação e condut	a.
Dados do credenciado								
CNPJ/CPF 54537337000161		Nome do Credenciado	TITUTO DE MEDICII	NA DIGITAL				
Logradouro	HEIRO	División ins	THO TO BE MEDICIN	Número 97/1	Número 97/105			
RUA FERNANDES PIN	HEIRO				37/1			
Bairo ,			Municipio	UF				
TATUAPÉ Nome do médico responsável pelo paciente			SÃO PAULO Conselho Profissional		AND DESCRIPTION OF THE PERSON NAMED IN COLUMN 1	SP 03308-06 № no Conselho UF		UF
Motivo do Encaminhamen			Evenue Comments					
Tipo ULTRASSONOGRAFIA					abro inferior - unilateral			
Observações								
OM/Data/Assinatura/Carimbo do A	utorizador			Data/Assinatura/Carimbo do	Credenciado Executante			
DSM								
17/07/2021 GEOVANNI BATISTA DE OLIVEIRA				1 1				
		V-1			de of the l		in wef t	
Data/Assinatura do Usuário Respo			Autorizo a entrega de cópia do meu prontuário, referente a este atendimento, se solicitado pela MB, para fim de Auditoria.					
	Grau de par	rentesco:		()Sim				
				() Não				
Data/Assi Identidad	natura do l	Usuário ou Respo	nsável		Data/Assinatura do U	Jsuário ou	Responsável	
Idenudad	e.				Coul			
					Carlos Q Capitao Encarregado da	uinyhyan	Min	
					Encarregado da	ng corveta (M	Juno	
						wisho de Sau	de - Sede	