



GUIA DE ATENDIMENTO - CBMDF

Carimbo com Razão social e CNPJ da empresa

TIPO DE GUIA:

- () MILITAR
- () PENSIONISTA
- () DEPENDENTE

Militar/Pensionista:

Posto/Graduação:

SIAPE:

CPF:

Paciente:

Dt. Nasc.: / /

Grupo:

Parentesco:

Autorização para:

Brasília-DF, ___ de _____ de _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Brasília-DF, ___ de _____ de _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Observação:

Esta guia somente é válida com apresentação do documento de identificação do paciente. Caso este seja menor, solicitar documento de identificação deste ou dos pais.