

Nº Cartão

Nº Cliente

URGENTE

ELECTIVO

DOENÇA

ACIDENTE

AMBULATÓRIO

INTERNAMENTO CIRÚRGICO

INTERNAMENTO MEDICINA

TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO | EM CASO DE ACIDENTE JUNTAR A RESPECTIVA PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Nome

DOENÇA

Data do início dos sintomas Data do diagnóstico Desde quando é seu doente?

Etiologia / Etiopatogenia

DIAGNÓSTICO (ICD - 9 CM)

Códigos	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ACTO(S) MÉDICO(S) (CNVRAM / Tabela Multicare)

Quantidade	Código	Descritivo	%	K/Valor
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EXAMES COMPLEMENTARES (juntar sempre cópias dos relatórios dos exames imagiológicos e/ou de outros relevantes)

HOSPITALIZAÇÃO

Unidade Hospitalar/Instituição
Localidade Data prevista N° de dias previsto

EQUIPA MÉDICA

Equipa Médica	Função

EQUIPA NÃO MÉDICA

Equipa Não Médica	Função

OBSERVAÇÕES (Referir se foi enviada informação adicional)

MÉDICO RESPONSÁVEL

Nome N° Convencionado
Morada
Cédula Profissional Telefone Telemóvel Fax
Email

CLIENTE

Nome
Telefone / Telemóvel Fax
Email

No âmbito da afecção que motiva o presente pedido de prestação de cuidados de saúde ao abrigo do contrato de seguro, autorizo os Médicos e outros profissionais ou instituições de saúde a que tenha recorrido, a prestar ao Médico que o Segurador designar, as informações por este solicitadas relativas ao meu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados, sob sigilo.

ENVIAR, POR FAVOR, PARA E-MAIL: atendimento@multicare.pt

Data ____/____/____ Assinatura do Médico _____ Assinatura do Cliente _____