NÚMERO DE CARTÃO MÉDIS DO CLIENTE

NOME DO CLIENTE

Impresso de Informação Clínica

Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

DADOS GERAIS MÉDICO REQUISITANTE

Nome do Médico

Nº de Cédula Profissional

Especialidade

Morada do Consultório

Localidade

Código-Postal -

Tel.:

Fax:

E-mail:

ATOS MÉDICOS

Descrição dos Atos Médicos

Cód. Nomenclatura

DIAGNÓSTICOS

Cód. ICD-9-CM

Diagnóstico Principal

Diagnóstico(s) Secundário(s)

LOCAL DE EXECUÇÃO

Nome do Hospital / Clínica

Data de Realização d d m m a a a a

DADOS ADICIONAIS

Informação e historial clínicos que justifiquem o procedimento:

Data início dos sintomas d d m m a a a a

Grau de urgência do procedimento: ☐ Urgência ☐ Electivo

Lesão traumática: ☐ Acidente Trabalho ☐ Acidente Viação ☐ Prática Desportiva ☐ Outra

Se selecionou "Prática Desportiva" indique a modalidade

ASSINATURA

Data d d m m a a a a

O Médico Prescritor

VINHETA DO MÉDICO REQUESITANTE

Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. Sede: Av. Dr. Mário Soares (Tagus Park), Edifício 10, Piso 1, 2744-002 Porto Salvo. Pessoa coletiva n.º 503496944, matriculada sob esse número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o capital social de € 12.000.000,00.