

PREENCHER A CANETA PRETA

Nº CARTÃO _____ Nº CLIENTE _____ DATA

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

NOME DO CLIENTE

NOME DO MÉDICO

 Nº CONVENCIONADO

(SE CONVENÇÃO COM MULTICARE, INDIQUE P.F.)

Nº DE CÉDULA PROF.

SITUAÇÃO ESTOMATOLÓGICA

ASSINALE NOS QUADRADOS RESPECTIVOS UMA DAS SEGUINTE SITUAÇÕES

C - CÁRIE								O - OBTURADO								F - FALTA								P - PRÓTESE								T - TRATADO (ENDODONCIADO)								B - BOM							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO MÉDICO _____

DATA _____

NOTA: AGRADECEMOS O PREENCHIMENTO E A DEVOLUÇÃO À MULTICARE APÓS A REALIZAÇÃO DA CONSULTA. O ENVIO DESTES DOCUMENTOS PARA MULTICARE É INDISPENSÁVEL PARA O BOM FUNCIONAMENTO DA COBERTURA.

ENVIAR, POR FAVOR, PARA E-MAIL: APOIOCLIENTE@MULTICARE.PT