

Pedido de Autorização Prévia Natação / Ginástica

PREENCHER A CANETA PRETA

Nº CARTÃO *

Nº DE CLIENTE *

* CAMPOS OBRIGATÓRIOS; CONSULTE-OS NO SEU CARTÃO MULTICARE - ACS.

1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA (PESSOA A QUEM SE REFERE O PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA)

NOME

E-MAIL

TELEFONE TELEMÓVEL

2. INFORMAÇÃO CLÍNICA (A PREENCHER OBRIGATORIAMENTE PELO MÉDICO PRESCRITOR)

DATA DA CONSULTA

DIAGNÓSTICO

CIRURGIA ANTERIOR? NÃO SIM DATA

QUAL A CIRURGIA (OU CÓDIGO DE CIRURGIA)

OBJETIVOS PRETENDIDOS: CLÍNICOS

FUNCIONAIS

PLANO TERAPÉUTICO:

MODALIDADE

TEMPO DE DURAÇÃO

FREQUÊNCIA SEMANAL

3. MÉDICO PRESCRITOR *

Nº DE CONVENÇÃO Nº CÉDULA OM

NOME DO MÉDICO ESPECIALIDADE

ASSINATURA DATA

* CONFORME DEFINIDO NA TABELA DE REGRAS E CONDICIONALISMOS.

4. INSTITUIÇÃO ONDE VAI REALIZAR A MODALIDADE (A PREENCHER OBRIGATORIAMENTE PELO MÉDICO PRESCRITOR)

NOME

MORADA

MODALIDADE ORIENTADA POR:

NOME

CATEGORIA PROFISSIONAL:

MONITOR DE NATAÇÃO

FISIOTERAPEUTA

OUTRA (DISCRIMINAR)

DEPOIS DE PREENCHIDO, ENVIE ESTE FORMULÁRIO PARA:

E-MAIL: AUTORIZACOESACS@MULTICARE.PT OU PARA MULTICARE - SEGUROS DE SAÚDE, S.A., DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE SAÚDE
APARTADO 24213 - EC CAMPO DE OURIQUE, 1251-997 LISBOA