MultiCare
Grupo Caixa Geral de Depósitos

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PROCEDIMENTOS MÉDICO-CIRÚRGICOS

☐ URGENTE ☐ ELECTIVO ☐ DOENÇA ☐ ACIDENTE
☐ AMBULATÓRIO ☐ INTERNAMENTO CIRURGIA ☐ INTERNAMENTO MEDICINA

Nº Cartão MultiCare / Nº Cliente

NOME _____

1) Todos os campos são de preenchimento obrigatório. 2) Em caso de Acidente juntar a respectiva Participação do Acidente.

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

Etiologia / Etiopatogenia:

DIAGNÓSTICO (ICD • 9 CM)

Código	Descrição
___ • ___	
___ • ___	
___ • ___	
___ • ___	

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

Quantidade	Código	Descritivo	%	K / Valor
	• •			
	• •			
	• •			
	• •			
	• •			

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

HOSPITALIZAÇÃO

Unidade Hospitalar/Instituição: | Localidade:

Data Prevista: ____ / ____ / _____ | Nº de dias previsto:

EQUIPA MÉDICA

	Função

EQUIPA NÃO MÉDICA

	Função

OBSERVAÇÕES (Referir se foi enviada informação adicional)

MÉDICO RESPONSÁVEL

Nome: | Nº. Convencionado EPS

Cédula Profissional: | Tel./Telm.: | ou | ou

Fax: | E-mail:

CLIENTE

Nome:

Tel./Telm.: | ou | ou

Fax: | E-mail:

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 a Seguradora designar, as informações por este solicitadas relativas ao meu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados, sob sigilo.

Data ____/____/_____

Assinatura do Médico

Assinatura do Cliente

ENVIAR, POR FAVOR, PARA: Divisão Técnica de Internamento - Fax: 21 323 78 93

JAN. 07 - EPS - GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE, SA. • SEDE SOCIAL: AV. 5 DE OUTUBRO, 175 - 7º • 1050-053 LISBOA - PORTUGAL • CAPITAL SOCIAL: € 500 000 • C.R.C. DE LISBOA Nº 10 337 • PESSOA COLECTIVA: N.º 505 486 580