

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"/>
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					
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	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"/>

## 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: REEMBOLSOS.SAUDE@VIADIRECTA.PT**

F-DGS-01 (8)