

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 PF)																
Nº DE CÉDULA PROF.																														

SITUAÇÃO ESTOMATOLÓGICA

ASSINALE NOS QUADRADOS RESPECTIVOS UMA DAS SEGUINTE SITUAÇÕES

B - BOM		C - CÁRIE		E - ENDODONTIA		F - FALTA		I - IMPLANTE		O - OBTURADO		P - PRÓTESE FIXA		R - PRÓTESE REMOVÍVEL											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐										
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
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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**