



Credencial PIPCO-RAM Encaminhamento SESARAM, E.P.E.

Direção do Serviço de ORL

Data de entrada: ____ / ____ / ____

Identificação do Utente:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Sexo: Masculino ____ Feminino ____

N.º de Utente: _____

Subsistema: _____ Outro: _____

Médico Referenciador: _____

Data de Referenciação: ____ / ____ / ____

Médico Dentista Aderente: _____

Data da 1ª Consulta de Diagnóstico: ____ / ____ / ____

Data da 2ª Consulta de Diagnóstico: ____ / ____ / ____

Data do Estudo Anátomo-Patológico: ____ / ____ / ____

Diagnóstico _____

Assinatura do Médico Dentista Aderente:

*Carimbo do Local de
Prestação*

Data: ____ / ____ / ____





Declaração do Utente:

Para os devidos efeitos, autorizo o envio dos dados constantes do quadro anterior, ao SESARAM, E.P.E..

Assinatura do Utente:

Data: _____ / _____ / _____

