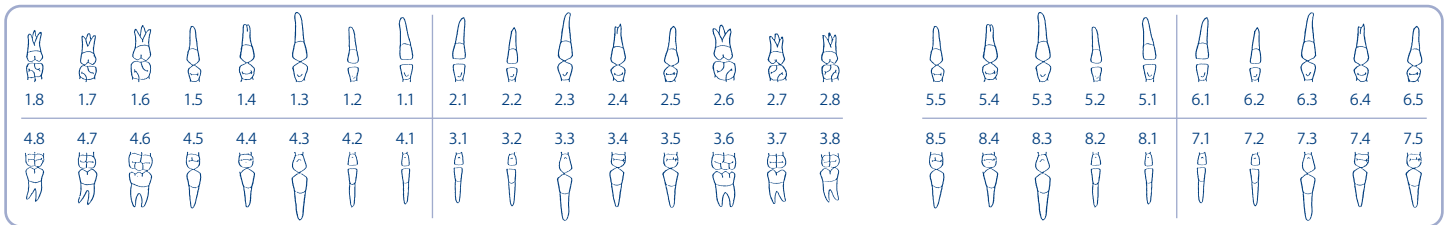


Nº Cartão Nº Cliente Data

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Nome do Cliente
Nome do Médico Nº Cédula Profissional



TRATAMENTOS / PRÓTESES

ICD'9	Acto Médico - Descrição	Códigos		Valor (€)
		Dente	Acto (CNVRAM)	

Os tratamentos / próteses resultaram de acidente? N S Em caso afirmativo, por favor preencher Participação de Sinistro. Total

É a primeira colocação de prótese? N S (Há quantos anos a última?)

ENVIAR, POR FAVOR, PARA E-MAIL: atendimento@multicare.pt