

PEDIDO DE INSCRIÇÃO EM LISTA DE ESPERA

NOME / NAME

Nº UTENTE / PATIENT NUMBER

TELEFONE e/ou TELEMÓVEL / MOBILE PHONE

DATA DE NASCIMENTO / DATE OF BIRTH

MORADA / ADDRESS

CÓDIGO POSTAL – POSTAL CODE

LOCALIDADE / MUNICIPALITY

COMPOSIÇÃO AGREGADO FAMILIAR

NOME FAMILIARES FAMILY MEMBERS' NAMES	PARENTESCO KIND OF RELATIONSHIP	DATA DE NASCIMENTO DATE OF BIRTH	Nº UTENTE PATIENT NUMBER

OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES / ADDITIONAL INFORMATION

----- ESPAÇO PARA PROFISSIONAIS DA UNIDADE -----

Avaliação do pedido: ____ / ____ / ____ <u>Reside na área de influência da UF:</u> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <u>Utentes sem ME:</u> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <u>Comentários:</u>	Atualização: ____ / ____ / ____ <u>Comentários:</u>	Aprovação do pedido ____ / ____ / ____ Inscrever para:
	Atualização: ____ / ____ / ____ <u>Comentários:</u>	Contacto com utente: ____ / ____ / ____ Profissional: _____