

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: ___ / ___ / ___	Atualização: ___ / ___ / ___ <i>Comentários:</i>	Aprovação do pedido ___ / ___ / ___ Inscrever para:
<i>Reside na área de influência da UF:</i> [] SIM [] NÃO		
<i>Utentes sem MF:</i> [] SIM [] NÃO	Atualização: ___ / ___ / ___ <i>Comentários:</i>	Contacto com utente: ___ / ___ / ___ Profissional: _____
<i>Comentários:</i>		