

## Pedido de Autorização Prévia Natação / Ginástica

PREENCHER A CANETA PRETA

Nº CARTÃO \*

Nº DE CLIENTE \*

\* CAMPOS OBRIGATÓRIOS; CONSULTE-OS NO SEU CARTÃO MULTICARE - ACS.

### 1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA (PESSOA A QUEM SE REFERE O PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA)

NOME

E-MAIL

TELEFONE  TELEMÓVEL

### 2. INFORMAÇÃO CLÍNICA (A PREENCHER OBRIGATORIAMENTE PELO MÉDICO PRESCRITOR)

DATA DA CONSULTA

DIAGNÓSTICO

CIRURGIA ANTERIOR?  NÃO  SIM DATA

QUAL A CIRURGIA (OU CÓDIGO DE CIRURGIA)

OBJETIVOS PRETENDIDOS:  CLÍNICOS

FUNCIONAIS

PLANO TERAPÉUTICO:

MODALIDADE

TEMPO DE DURAÇÃO

FREQUÊNCIA SEMANAL

### 3. MÉDICO PRESCRITOR \*

Nº DE CONVENÇÃO  Nº CÉDULA OM

NOME DO MÉDICO  ESPECIALIDADE

ASSINATURA  DATA

\* CONFORME DEFINIDO NA TABELA DE REGRAS E CONDICIONALISMOS.

### 4. INSTITUIÇÃO ONDE VAI REALIZAR A MODALIDADE (A PREENCHER OBRIGATORIAMENTE PELO MÉDICO PRESCRITOR)

NOME

MORADA

MODALIDADE ORIENTADA POR:

NOME

CATEGORIA PROFISSIONAL:

MONITOR DE NATAÇÃO

FISIOTERAPEUTA

OUTRA (DISCRIMINAR)

DEPOIS DE PREENCHIDO, ENVIE ESTE FORMULÁRIO PARA:

E-MAIL: [AUTORIZACOESACS@MULTICARE.PT](mailto:AUTORIZACOESACS@MULTICARE.PT) OU PARA MULTICARE - SEGUROS DE SAÚDE, S.A., DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE SAÚDE  
APARTADO 24213 - EC CAMPO DE OURIQUE, 1251-997 LISBOA