



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE E ASSUNTOS SOCIAIS, IP-RAM

Minuta de Credencial

Direção Clínica do SESARAM, E.P.E

Autorizado-----

Não Autorizado-----

__/__/____

Nome do Utente: _____

N.º de Utente: _____

Identificação do Médico: _____

Especialidade: _____

Motivo do Encaminhamento:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Utente em lista de espera superior ao clinicamente seguro; |
| <input type="checkbox"/> | Diagnóstico urgente sem disponibilidade imediata do SESARAM; |
| <input type="checkbox"/> | Equipamentos indisponíveis no SESARAM; |
| <input type="checkbox"/> | Outros _____ |

Observações: _____

Data e Assinatura do Médico

__/__/____ _____

Vinheta do Médico
PRESCRITOR

