

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"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Utente em lista com tempo de espera superior ao clinicamente seguro;

Diagnóstico urgente sem disponibilidade imediata do SESARAM, E.P.E.;

Equipamentos indisponíveis no SESARAM, E.P.E.;

Outros _____

Observações: _____

Data e Assinatura do Médico

__/__/__ _____

Vinheta do
Médico
requisitante