SAMS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-SOCIAL
SINDICATO DOS BANCÁRIOS DO SUL E ILHAS

RELATÓRIO CLÍNICO

Ortodôncia

(Carimbo do Médico)

Para uso exclusivo dos Serviços

Recepção	/ /	
Conf.	/ /	
Reg.Infor.	/ /	

Nº. Beneficiário

Idade

Nome

Relatório Clínico de Ortodôncia *(a apresentar préviamente, para análise dos Serviços Clínicos internos dos SAMS)*

1. Diagnóstico (com base em dados clínicos e/ou radiográficos /cefalométricos)**:**

2. Plano Terapêutico Total (com inclusão do tipo de tratamento previsto e em que idade etária)**:**

3. Orçamento (valor dos honorários relativos a todo tratamento)**:**

Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso, sejam tratados e mantidos informáticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do S.B.S.I. ou dos SAMS-S.B.S.I..

/ /

(Assinatura)

Nome (completo) do Médico/Técnico responsável pelo tratamento

Titulo Profissional Nº. Cédula Prof. Assoc.Profissional

O SBSI/SAMS é responsável pelos presentes dados e assegura aos seus titulares o direito de acesso, correcção e supressão, sempre que legitimamente, lho solicitem, por escrito.

Mod. G 19.018

Parecer Clínico

Para uso exlusivo dos Serviços