

RELATÓRIO CLÍNICO DE DOENÇAS CRÓNICAS

N.º Beneficiário(a) _____

Nome completo _____

1. Situação clínica/diagnóstico:

2. Data de início doença/diagnóstico:

Data _____

3. Exames complementares:

4. Estado atual:

5. Outras doenças:

6. Proposta de recurso a serviços especializados (quais):

7. Terapêutica a realizar:



8. Previsão recuperação:

9. Outras observações:

Assinatura

Data _____

Nome completo do Médico

Especialidade _____

Código barras