



MINISTÉRIO DA SAÚDE

MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO
ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS
Uso exclusivo do SNS



1 Nome _____ Idade _____ Sexo M F

N.º Beneficiário _____ Entidade Responsável Substema _____

1a Doente Profissional N.º _____

1b Migrantes País _____ N.º _____

2 Contacto do médico / Especialidade _____

4 DOMICÍLIO URGENTE Justificação obrigatória do Domicílio e/ou Urgência: _____
O Médico _____ NOME SEM LEGIVEL

3 NATUREZA DAS PRESTAÇÕES

A	ANÁLISES CLÍNICAS	H	OTORRINOLARINGOLOGIA
B	ANATOMIA PATOLÓGICA	I	PNEUMO E IMUNOLÓG.
C	CARDIOLOGIA	J	UROLOGIA
D	MEDICINA NUCLEAR	L	NEUROFISIOLOGIA
E	ELECTROENCEFALOGRAFIA	M	RADIOLOGIA
F	ENDOSCOPIA GASTROENT.	N	CONSULTAS
G	MEDICINA FÍSICA E REABILIT.	O	PSICOLOGIA

ÁREA DE CONFERÊNCIA (não preencher)

13 ENTIDADE PRESTADORA
Carimbo

5 TAXA MODERADORA
 ISENTO NÃO ISENTO
Motivo _____
O funcionário _____

6a Vinheta Médico prescriptor

6b VINHETAS Vinheta Unidade de saúde

6c Carimbo Assinatura
Ass. _____
Data _____

14 SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS
Início _____
Fim _____

CÓDIGO	NOMENCLATURA	QUANTIDADE PRESCRITA	PRODUTOS A EXAMINAR	CÓDIGO	PREÇO TOTAL	
					QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TX. MOD.
1						
2						
3						
4						
5						
6						

PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS

NOMENCLATURA	CÓDIGO	PREÇO TOTAL	
		QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TX. MOD.
7			
8			
9			

18 Vinheta/Carimbo Médico Executante
Ass. Médico Executante _____

12 MÉDICO PRESCRITOR
Assinatura _____

20 TOTAL PRESTAÇÕES € _____ TAXAS MODERADORAS € _____

21 DECLARAÇÃO DO UTENTE
Declaro que me foram efectuados os Exames/Tratamentos prescritos
Assinatura do utente _____ Contacto _____

22 D DOMICÍLIO
1 URBANO - Lisboa e Porto 2 URBANO - Outras Cidades 3 NÃO URBANO
Localidade _____ Km _____



MINISTÉRIO DA SAÚDE

MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO
E TERAPÉUTICA (INCLUINDO CONSULTAS)



Nome _____

VALOR DOS SERVIÇOS PRESTADOS _____

VALOR POR EXTENSO _____

ASSINATURA _____