

Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde

Apartado 8396 - EC Cabo Ruivo

1804-001 LISBOA – Portugal

termos.autorizacoes@ptacs.pt

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE TRANSPORTE

NOME DO BENEFICIÁRIO	_____		
Nº DO BENEFICIÁRIO	____/____/____	Idade	____ anos
Telefone de Contacto	____/____	Email	_____
Localidade	_____		

INFORMAÇÃO CLÍNICA**A PREENCHER OBRIGATORIAMENTE PELO MEDICO PRESTADOR**

Ato Médico	_____		
Tipo Transporte:			
Taxi/Ambulância não Convencionada <small>(Obrigatório apresentar relatório médico)</small>	____	Fora Localidade	____
		Dentro Localidade	____
Transporte Público	____	Valor do Transporte Publico (€)	____
Viatura Própria	____	Nº Kms	____
Serviço Transporte Doentes/Ambulância Convencionada <small>(Obrigatório apresentar relatório médico)</small>	____		
Entidade Transportadora	_____		
Percurso:			
Partida	_____	Destino	_____

A PREENCHER OBRIGATORIAMENTE PELO MÉDICO PRESTADOR

Entidade a Consultar:			
Prestador	_____		
Médico	_____ Assinatura _____		
Especialidade	_____		
Assinale uma das seguintes opções:			
Serviços /Motivos:			
Medicina Física Reabilitação <small>(Beneficiário deverá verificar quais os atos clínicos sujeitos a condicionalismos)</small>	____	Exame auxiliar de diagnóstico <small>(Beneficiário deverá verificar quais os atos clínicos sujeitos a condicionalismos)</small>	____
Internamento <small>(Beneficiário deverá verificar quais os atos clínicos sujeitos a condicionalismos)</small>	____		
Consultas: 1ª Consulta	____	Consulta seguimento	____
		Consulta Pós-Operatória	____
Outro ato médico	_____		
Data prevista para a deslocação	de ____/____/____	a	____/____/____

Justificação Clínica (A preencher pelo médico assistente)**Documentos a anexar:**

Relatório Médico	____	Data	____/____/____
Outros	____	Requerente	_____