

SANTA MARIA CLINIC :

NOME:
TELEFONE: EMAIL:
ENDEREÇO:
CIDADEESTADOZIP:

DATA DE NASCIMENTO: SEXO:
AGE:

HISTÓRICO MÉDICO:
OCUPAÇÃO: ESTADO CIVIL:
NOME DO DOUTOR ANTERIOR :

ALERGIAS PARA MEDICAMENTOS:
.....

MEDICAMENTOS eu tomo:

1 2
3 4
5 6
7 8
9 10

FARMÁCIA: NOME:
TELEFONE CIDADE

ALGUM MOTIVO EM PARTICULAR PARA VER O MÉDICO:
.....
.....
.....

O QUE AS DOENÇAS TÊM ;
.....
.....
.....
.....

CONTATO DE EMERGÊNCIA:

NOME RELAÇÃO
TELEFONE

OUTRAS INFORMAÇÕES QUE QUEREMOS FORNECER?

.....
.....
.....
.....

SEGURO DE SAÚDE::.....

NÚMERO ID : NOME DO TITULAR

NÚMERO DO GRUPO SEGURO: COPAY

VERIFIQUE A VERDADE DA INFORMAÇÃO E AUTORIZE A LIBERAÇÃO DAS
INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA PROCESSAR O PAGAMENTO DO SERVIÇO
MÉDICO APOIAR O PAGAMENTO DOS SERVIÇOS MÉDICOS AO PROVEDOR DA
CLÍNICA DE SANTA MARIA.

ACEITA QUE SE VOCÊ PRECISAR SER REFERIDO OU AUTORIZADO, VOCÊ SERÁ
RESPONSÁVEL PELOS SALDOS DO SERVIÇO OU CONSULTA MÉDICA.

ASSINATURA DO PACIENTE DATA:

NOTA: NÃO SE ESQUEÇA DE TRAZER SEU CARTÃO DE SEGURO E DOCUMENTO DE
IDENTIDADE

Bem vindo! À CLÍNICA DE SANTA MARIA