

6. DESCRIÇÃO DOS ATOS MÉDICOS

Tabela da Ordem dos Médicos (A preencher pelo médico - a indicação do valor do 'K' é obrigatório)

Nomenclatura / Código		" ICD9		Nº Relativo de 'K'	
Nomenclatura / Código		" ICD9		Nº Relativo de 'K'	
Nomenclatura / Código		" ICD9		Nº Relativo de 'K'	
Nomenclatura / Código		" ICD9		Nº Relativo de 'K'	
A comparticipação da VICTORIA incide sobre o valor de K indicado nas Condições Particulares.				Valor do 'K'	

7. EQUIPA MÉDICA OU CIRÚRGICA

(A preencher pelo médico)

Nomes dos elementos	Especialidade	Função Médico Responsável

8. OBSERVAÇÕES

9. MÉDICO RESPONSÁVEL

(A preencher pelo médico)

Nome			
Cédula Profissional Nº			
Morada			
	Telefone	" "	

10. DATA E ASSINATURA

Local e Data _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Médico)

6. NOTAS INFORMATIVAS

Este pedido deve ser dirigido a:
VICTORIA - Seguros, S.A. - Operações - Análise Clínica
 Av. da Liberdade, 200 - 1250-147 LISBOA
 Telef.: 21 313 4425 - Fax: 21 112 4525 - E-mail: anclinica@victoria-seguros.pt