

**PROGRAMA DE TELEASISTENCIA PROVINCIAL
COBERTURA SANITARIA DA PERSOA USUARIA TITULAR**

TAD 2

NOME E APELIDOS	
-----------------	--

Atención Primaria Pública

Número de afiliación	Centro de Saúde	Médico/a de familia	Teléfono	Enderezo

Atención Hospitalaria Pública

Hospital de Referencia	Teléfono	Enderezo	Observacións

Cobertura Sanitaria Privada

Compañía	Número asegurado	Data de caducidade	Médico/a de familia: