

PROGRAMA DE TELEASISTENCIA PROVINCIAL
COBERTURA SANITARIA DA PERSOA USUARIA ADICIONAL

TAD 8

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: