

☐ RELATÓRIO MÉDICO

☐ COMUNICAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

RAMO: 30 APÓLICE:

A PREENCHER PELO TOMADOR DO SEGURO

1. TOMADOR DO SEGURO

Nome completo	
Pessoa segura	Número
Doente	Parentesco Próprio <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>

A PREENCHER PELO MÉDICO

2. DOENÇA

Desde quando a pessoa segura é seu doente?
Qual o médico que o referenciou?
Quando se manifestaram pela primeira vez os sintomas da doença?
Qual e quando foi feito o diagnóstico?
Quais os antecedentes pessoais de relevo?

3. ACIDENTE

A pessoa segura sofreu algum acidente?	Data
Descrição sucinta:	
Quais as lesões resultantes do acidente?	

4. INTERNAMENTO HOSPITALAR	
Nome da clínica / hospital	Duração prevista do internamento de a

Nome da clínica / hospital	Duração prevista do internamento																		
	de											a							

5. DIAGNÓSTICO	
Diagnóstico principal	
Patologia associada	
Exames complementares de diagnóstico realizados	

Diagnóstico principal
Patologia associada
Exames complementares de diagnóstico realizados

6. DESCRIÇÃO DOS ACTOS MÉDICOS		Nomenclatura e valor relativo	
(Tabela da Ordem dos Médicos)	Código	K	
	Valor do K		

[illegible][illegible][illegible]

8. OBSERVAÇÕES	

9. MÉDICO (examinador ou assistente)																		
Nome Completo												Nº Cédula Profissional						
Morada										Localidade								
Cód. Postal -										País			Telefone 			Telefax 		

Nome Completo																Nº Cédula Profissional										
Morada																Localidade										
Cód. Postal -										País							Telefone 					Telefax 				

VINHETA DO MÉDICO