

COMUNICAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR
SEGURADO

Tomador do Seguro											Apólice Nº										
Pessoa Segura											Aderente Nº										
Doente											<input type="checkbox"/> O Próprio <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho										
Contactos a serem utilizados em caso de necessidade de esclarecimentos adicionais																					
Telefone											Telemóvel										
E-mail																					

DOENÇA (A preencher pelo médico)

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 foi o diagnóstico?																				
Quando foi realizado o diagnóstico?	/		/																	
Quais os antecedentes pessoais de relevo?																				

ACIDENTE (A preencher pelo médico)

Sofreu a pessoa segura algum acidente?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se SIM, indique a data:		/		/															
Se SIM, faça uma descrição sucinta																				
Quais as lesões resultantes do acidente?																				

INTERNAMENTO HOSPITALAR (A preencher pelo médico)

Nome da clínica/hospital																					
Duração prevista do internamento: de	/		/						a	/		/									
Nota: O pedido de autorização tem que ser enviado 15 dias antes da data de realização da cirurgia.																					

DIAGNÓSTICO (A preencher pelo médico - Envio de Exames e Preenchimento Obrigatório)

Diagnóstico principal																				
Patologia associada																				
Exames complementares de diagnósticos realizados:																				

WEBDOC SLCH 06:10



