

**Comunicação de Internamento Hospitalar** (enviar o mais rapidamente possível com a antecedência mínima de 15 dias, salvo caso de força maior)

Cliente	Apólice	Adesão	Produto

**A preencher pelo Tomador de Seguro / Aderente**

Tomador de Seguro			
Aderente (nome completo)			
Doente (nome completo)			
Nº pessoa doente	<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Filho

**A preencher pelo Médico****1. Doença**

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

**2. Acidente**

A pessoa segura sofreu algum acidente?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Data
Descrição sucinta			
Quais as lesões resultantes do acidente?			

**3. Internamento Hospitalar**

Nome da Clínica / Hospital
Duração prevista do internamento: de a

**4. Diagnóstico**

Diagnóstico principal
Patologia associada
Exames complementares de diagnóstico realizados

5. Descrição dos Actos Médicos praticados (tabela da Ordem dos Médicos)

	Nomenclatura e Valor Relativo	
	Código	K
	Valor do K	€ ,

## 6. Equipa Médica ou Cirúrgica

Nome dos Elementos	Especialidade	Função
		Médico Responsável

---

7. Observações

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

8. Médico Responsável

Nome completo		Nº cédula profissional
Morada		Telefone
Data	Assinatura	