

**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

 Próprio Cônjuge 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?  Não  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

