

COMUNICAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. SEGURADO

Tomador do Seguro			Apólice Nº	"
Pessoa Segura			Aderente Nº	"
Doente			☐ O próprio	☐ Cônjuge ☐ Filho
Contactos a serem utilizados em caso de necessidade de esclarecimentos adicionais				
Telefone			Telemóvel	
E-mail				

2. 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?

3. ACIDENTE

(A preencher pelo médico)

Sofreu a pessoa Segura algum acidente? ☐ Sim ☐ Não Se sim, indique a data / /

Se sim, faça uma descrição sucinta

Quais as lesões resultantes do acidente?

4. 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.

5. DIAGNÓSTICO

(A preencher pelo médico - Preenchimento Obrigatório - Enviar exames)

Diagnóstico principal

ICD9

Patologia associada

Exames complementares de diagnóstico realizados:

WEBDOC SLCIH 05.12



20 00 06 00 00 12 58

6. DESCRIÇÃO DOS ATOS MÉDICOS

Tabela da Ordem dos Médicos (A preencher pelo médico - a indicação do valor do 'K' é obrigatório)

Nomenclatura / Código	ICD9	Nº Relativo de 'K'
Nomenclatura / Código	ICD9	Nº Relativo de 'K'
Nomenclatura / Código	ICD9	Nº Relativo de 'K'
Nomenclatura / Código	ICD9	Nº Relativo de 'K'
A comparticipação da VICTORIA incide sobre o valor de K indicado nas Condições Particulares.		Valor do 'K'

7. EQUIPA MÉDICA OU CIRÚRGICA

(A preencher pelo médico)

Nomes dos elementos	Especialidade	Função Médico Responsável

8. OBSERVAÇÕES

9. MÉDICO RESPONSÁVEL

(A preencher pelo médico)

Nome		
Cédula Profissional Nº		
Morada		
Telefone	" "	

10. DATA E ASSINATURA

Local e Data _____, _____ de _____ de _____

_____ (Assinatura do Médico)

6. NOTAS INFORMATIVAS

Este pedido deve ser dirigido a:
VICTORIA - Seguros, S.A. - Operações - Análise Clínica
 Av. da Liberdade, 200 - 1250-147 LISBOA
 Telef.: 21 313 4425 - Fax: 21 112 4525 - E-mail: anclinica@victoria-seguros.pt