



# 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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  
 Telem.: 21 313 4425 - Fax: 21 112 4525 - E-mail: anclinica@victoria-seguros.pt