

RAMO: 30

APÓLICE:

A PREENCHER PELO TOMADOR DO SEGURO

1. TOMADOR DO SEGURO

Nome completo	
Pessoa segura	Número
Doente	Parentesco Próprio ☐ Cônjuge ☐ Filho ☐ Outro ☐

A PREENCHER PELO MÉDICO

2. DOENÇA

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 e quando foi feito o diagnóstico?

Quais os antecedentes pessoais de relevo?

3. ACIDENTE

A pessoa segura sofreu algum acidente?

Sim ☐ Não ☐

Data | | | | | | | |

Descrição sucinta:

Quais as lesões resultantes do acidente?

4. INTERNAMENTO HOSPITALAR

Nome da clínica / hospital

| Duração prevista do internamento

de | | | | | a | | | | |

5. DIAGNÓSTICO

Diagnóstico principal

Patologia associada

Exames complementares de diagnóstico realizados

6. DESCRIÇÃO DOS ACTOS MÉDICOS

(Tabela da Ordem dos Médicos)

Nomenclatura e valor relativo

Código

K

7. NOME DOS ELEMENTOS DA EQUIPA MÉDICA OU CIRÚRGICA

(Tabela da Ordem dos Médicos)

Especialidade

Função

Médico responsável

8. OBSERVAÇÕES

9. MÉDICO (examinador ou assistente)

Nome Completo

N° Cédula Profesional

Morada

| Localidade

Cód. Postal

País

Telephone

Telefax

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Assinatura do Médico

VINHETA DO MÉDICO