

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?

Nome da clínica / hospital

| Duração prevista do internamento

de

:

Diagnóstico principal

Patologia associada

Exames complementares de diagnóstico realizados

Nomenclatura e valor relativo

(Tabela da Ordem dos Médicos)

Código

K

Valor do K

(Tabela da Ordem dos Médicos)

Especialidade

Função

Médico responsável

Nome Completo

N° Cédula Profesional

Morada

| Localidade

Cód. Postal

País

Telephone

| Telefax

Assinatura do Médico

VINHETA DO MÉDICO