

SEGUROS

Este relatório que terá um tratamento ESTRITAMENTE CONFIDENCIAL destina-se a complementar o pedido de indemnização por:

- DIAGNÓSTICO DE CANCRO FEMININO**
- INFERTILIDADE FEMININA**
- CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA**

As questões colocadas são essenciais para a resolução deste processo, pelo que solicitamos que nos informe de todos os detalhes que considere úteis para a análise do sinistro.

A preencher pela Seguradora:

N.º Titular:	N.º Apólice:	N.º Processo de Sinistro:
--------------	--------------	---------------------------

1. Pessoa Segura / Paciente:

Nome: _____
Data de Nascimento: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

2. Que elementos de identificação da Pessoa Segura lhe foram facultados?

<input type="checkbox"/> Bilhete de Identidade / Cartão do Cidadão	<input type="checkbox"/> Cartão de Utente da Segurança Social	<input type="checkbox"/> Outro: _____
--	---	---------------------------------------

3. Há quanto tempo conhece a Pessoa Segura?

4. Desde quando lhe presta assistência?

Preencher em caso de DIAGNÓSTICO DE CANCRO FEMININO

1. Qual a data do Diagnóstico de Cancro Feminino?

2. Qual o tipo de neoplasia identificada?

3. A neoplasia agora identificada está ligada a primitivas condições mórbidas?

4. Quais os sintomas que levaram ao diagnóstico?

5. Em que data se começaram a manifestar?

____/____/____

6. Qual a data da primeira consulta em que foram referenciados?

____/____/____

7. Em que data informou a Pessoa Segura da patologia?

____/____/____

8. Por favor, dê-nos informações detalhadas acerca do seu princípio e evolução:

Preencher em caso de INFERTILIDADE FEMININA

1. Qual a data de reconhecimento da Infertilidade?

2. Que doença causou a infertilidade?

3. A doença que foi causa de infertilidade está ligada a primitivas condições mórbidas?

4. Quais os tratamentos efetuados?

Preencher em caso de CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA

1. Qual a data da Cirurgia Plástica Reconstructiva?

2. Que acidente causou a necessidade de cirurgia?

3. A situação que determina a necessidade de cirurgia está ligada a primitivas condições mórbidas?

4. Em que circunstâncias se verificou o acidente?

5. Qual a extensão e tipologia das lesões?

6. Quais os tratamentos efetuados?

7. Quais as consequências das lesões?

8. Qual o prognóstico das lesões?

Preencher em todos os casos:

1. Quais os exames complementares e análises efetuadas e seus resultados:

Se possível anexar cópias dos mesmos

10. Observações adicionais que considere convenientes efetuar:

Data: _____, ____/____/____

Assinatura: _____

Vinheta do Médico:

Vinheta ou Carimbo da Unidade de Saúde onde
foi assistido, se aplicável: