

Este relatório destina-se a complementar o pedido de indemnização por **HOSPITALIZAÇÃO** e terá um tratamento **ESTRITAMENTE CONFIDENCIAL**.

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:	_____
Data de Hospitalização:	_____				

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?

5. QUE DOENÇA CAUSOU A HOSPITALIZAÇÃO?

6. A DOENÇA QUE FOI CAUSA DE HOSPITALIZAÇÃO ESTÁ LIGADA A PRIMITIVAS CONDIÇÕES MÓRBIDAS?

7. QUAIS OS SINTOMAS QUE LEVARAM AO DIAGNÓSTICO?

8. EM QUE DATA SE COMEÇARAM A MANIFESTAR?

____/____/____

9. QUAL A DATA DA PRIMEIRA CONSULTA EM QUE FORAM REFERENCIADOS?

____/____/____

10. EM QUE DATA INFORMOU A PESSOA SEGURA DA PATOLOGIA?

____/____/____

11. EM QUE PERÍODO ESTEVE A PESSOA SEGURA HOSPITALIZADA?

SEGUROS

12. POR FAVOR, DÊ-NOS INFORMAÇÕES DETALHADAS ACERCA DO SEU PRINCÍPIO E EVOLUÇÃO:

13. QUAIS OS EXAMES COMPLEMENTARES E ANÁLISES EFETUADAS E SEUS RESULTADOS:

Se possível anexar cópias dos mesmos

14. OBSERVAÇÕES ADICIONAIS QUE CONSIDERE CONVENIENTES EFETUAR:

Data: _____, ____/____/____

Assinatura: _____

Vinheta do Médico:

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