GENERALI
Companhia de Seguros S.p.A.

Comunicação de Internamento Hospitalar

Nome do Doente:

N.º do Cartão: | **N.º de telf. contacto doente:**

Autorizo o Médico a facultar estas e outras informações necessárias à minha seguradora e à AdvanceCare, incluindo informações referentes a toda e qualquer facturação relacionada com os serviços abaixo descritos. Todos estes dados serão tratados com confidencialidade e não poderão ser alvo de uma utilização fora do âmbito do seguro de saúde.

Assinatura e Autorização da Pessoa Segura (ou representante legal)	Data

A INFORMAÇÃO SEGUINTE DEVERÁ SER PREENCHIDA PELO MÉDICO

1. Doença/Diagnóstico

Desde quando é que segue este doente? | **Qual foi o Médico que lhe referenciou este doente?**

Diagnósticos	Data de início de sintomas	ICD – 9
	/ /	
	/ /	

Em caso de : Miopia, Astigmatismo ou Hipermetropia, indicar nº de Dioptrias	OE	OD

Meios Complementares de Diagnóstico realizados (enviar em anexo relatório dos mesmos)	Data
	/ /
	/ /

Antecedentes Pessoais / Tratamentos Médicos ou Cirúrgicos já efectuados:

2. Acidente ☐Sim ☐ Não

Tipo de acidente de: ☐ Viação ☐ Trabalho ☐ Outros | **Data:** / /

Descrição do acidente: (local, data e circunstância):

3. Admissão Hospitalar: Nome do Hospital / Clínica:

Ambulatório ☐ Em ___/___/___

Internamento ☐ **Total de dias** _____ **De** ___/___/___ **até** ___/___/___

4. Descrição dos Procedimentos Previstos	Código de Nomenclatura (97)	K

Valor de K: €

5. Em caso de Cirurgia: assinalar constituição da equipa cirúrgica

Cirurgião ☐	1ºAjudante ☐	Anestesista ☐	Instrumentista ☐

6. Médico Responsável

Nome :

N.º Contrib. / Entidade para facturação:

Nº de Cédula.	Telef.	Fax.	Tlm.
Assinatura:			Data:

ATENÇÃO: Preencher em maiúsculas

Para mais informações contactar 808202002. Este documento deve ser enviado para a morada: Direcção Clínica - Apartado 2216, 1102-001 Lisboa