REFER EPE

Generali Saúde

# Comunicação de Internamento Hospitalar

| **Nome do Doente:** | **Nome do Tomador:** |
|---|---|

Autorizo o meu Médico a facultar estas e outras informações necessárias à minha seguradora e à AdvanceCare, incluindo nomeadamente 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** | **Data** |
|---|---|
| | |

**A INFORMAÇÃO SEGUINTE DEVERÁ SER PREENCHIDA PELO MÉDICO**

**ATENÇÃO: Preencher em maiúsculas**

**1. Doença/Diagnóstico**

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

| **Diagnósticos** | **Descrição** | **Data de início de sintomas** | **ICD – 9** |
|---|---|---|---|
| **Principal** | | / / | |
| **Outros** | | / / | |
| | | / / | |

| **Meios Complementares de Diagnóstico realizados** | **Data** | **Resultados** |
|---|---|---|
| | / / | |
| | / / | |

**Antecedentes Pessoais / Tratamentos Médicos ou Cirúrgicos já efectuados:**

**2. Acidente**

**Os ferimentos resultaram de acidente de:** ☐ **Viação** ☐ **Trabalho** ☐ **Outros** **Data:** / /

**Descrição sumária do acidente e ferimentos resultantes do mesmo:**

**3. Admissão Hospitalar**

**Nome do Hospital / Clínica:**

**Procedimento previsto em:** **Ambulatório** ☐ **Internamento** ☐

**No caso de Internamento indicar: Total de dias _____ De ____/____/____ até ____/____/___**

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

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

| **Cirurgião** ☐ | **1ºAjudante** ☐ | **Anestesista** ☐ | **Instrumentista** ☐ |
|---|---|---|---|

**6. Médico Responsável pelo Plano de Tratamento**

| **Nome** | | | |
|---|---|---|---|
| **N.º Contrib. / Entidade para facturação:** | | | |
| **Nº de Cédula.** | **Telef.** | **Fax.** | **Tlm.** |
| **Assinatura:** | | | **Data:** |

**Para mais informações, contactar o telefone : 808-202002. Por favor envie este documento para o fax 21-322 8003 ou via postal para a morada: Generali A/C: AdvanceCare; Dept. Gestão Cuidados de Saúde; Apartado 2094; 1102-001 Lisboa.**