

## COMUNICAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

### 1. SEGURADO

Tomador do Seguro	<input type="text"/>	Apólice Nº	<input type="text"/>
Pessoa Segura	<input type="text"/>	Aderente Nº	<input type="text"/>
Doente	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> O próprio	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho
Contactos a serem utilizados em caso de necessidade de esclarecimentos adicionais			
Telefone	<input type="text"/>	Telemóvel	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		

### 2. DOENÇA

(A preencher pelo médico)

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 foi o diagnóstico?

Quando foi realizado o diagnóstico?  /  /

Quais os antecedentes pessoais de relevo?

### 3. ACIDENTE

(A preencher pelo médico)

Sofreu a pessoa Segura algum acidente?  Sim  Não Se sim, indique a data  /  /

Se sim, faça uma descrição sucinta

Quais as lesões resultantes do acidente?

### 4. INTERNAMENTO HOSPITALAR

(A preencher pelo médico)

Nome da clínica/hospital

Duração prevista do internamento: de  /  /  a  /  /

Nota: O pedido de autorização tem que ser enviado 15 dias antes da data de realização da cirurgia.

### 5. DIAGNÓSTICO

(A preencher pelo médico - Preenchimento Obrigatório - Enviar exames)

Diagnóstico principal

ICD9

Patologia associada

Exames complementares de diagnóstico realizados:

WEBDOC SLCHH 05.12



20 00 06 00 00 12 58

**6. DESCRIÇÃO DOS ATOS MÉDICOS**

Tabela da Ordem dos Médicos (A preencher pelo médico - a indicação do valor do 'K' é obrigatório)

Nomenclatura / Código		" ICD9		Nº Relativo de 'K'	
Nomenclatura / Código		" ICD9		Nº Relativo de 'K'	
Nomenclatura / Código		" ICD9		Nº Relativo de 'K'	
Nomenclatura / Código		" ICD9		Nº Relativo de 'K'	
A comparticipação da VICTORIA incide sobre o valor de K indicado nas Condições Particulares.				<b>Valor do 'K'</b>	

**7. EQUIPA MÉDICA OU CIRÚRGICA**

(A preencher pelo médico)

Nomes dos elementos	Especialidade	Função Médico Responsável

**8. OBSERVAÇÕES**

**9. MÉDICO RESPONSÁVEL**

(A preencher pelo médico)

Nome			
Cédula Profissional Nº			
Morada			
	Telefone	" "	

**10. DATA E ASSINATURA**

Local e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( Assinatura do Médico )

**6. NOTAS INFORMATIVAS**

Este pedido deve ser dirigido a:  
**VICTORIA - Seguros, S.A. - Operações - Análise Clínica**  
 Av. da Liberdade, 200 - 1250-147 LISBOA  
 Telef.: 21 313 4431 - Fax: 21 112 4525 - E-mail: anclinica@victoria-seguros.pt

## 1. DECLARAÇÃO

De acordo com a legislação em vigor, os dados recolhidos, e aqueles que vierem a ser fornecidos em sede de regularização de sinistro, serão processados e armazenados informaticamente, sendo utilizados nas relações contratuais com a VICTORIA e seus subcontratados, podendo ser comunicados a entidades terceiras para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, inquéritos de mercado e/ou viabilização da execução dos contratos.

Quaisquer omissões, inexatidões e falsidades, referentes ou relacionadas com a informação necessária para o tratamento de dados efetuado no âmbito da relação contratual, são da responsabilidade do titular dos dados.

### 1 . Direitos e dever de informação

Declaro ainda que fui informado do direito de oposição ao tratamento dos mesmos nas situações de definição de perfis, comercialização direta e interesse legítimo do responsável pelo tratamento.

Para além do direito de oposição, reconheço ainda que me assistem os direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento e portabilidade, nos termos definidos na Política de Privacidade disponível em [www.victoria-seguros.pt](http://www.victoria-seguros.pt), podendo exercê-los perante a VICTORIA ou junto do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) através dos contactos aí indicados.

### 2. Assinatura

Declaro ter tomado conhecimento das informações acima descritas e dos direitos que me assistem na proteção dos seus dados pessoais, subscrevendo-os mediante a sua assinatura.

Local e Data \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Titular dos Dados)