

**SEGURO DE DOENÇA  
INTERNAMENTO HOSPITALAR**

NOME DO DOENTE: _____	
APÓLICE Nº 30-00-0 / 3678	PESSOA SEGURA Nº _____
	NIF _____
LOCAL DE CONTACTO: _____	TELEFONE: _____

**QUESTIONÁRIO MÉDICO**

1. Desde quando assiste o doente acima referido? _____
2. Quando se manifestaram pela primeira vez os sintomas da Doença? _____
Quais foram? _____
_____
Etiologia/Etiopatogenia? _____
Discrimine os exames subsidiários que serviram de diagnóstico, datas e locais onde foram efectuados? _____
_____
3. Qual o diagnóstico da doença (ICD.9CM) e data? _____
_____
4. Houve algum internamento anterior? _____
Qual o motivo ? _____
_____
5. A que tipo de intervenção cirúrgica e/ou tratamento o doente vai ser submetido? _____
_____
6. Qual a data prevista para o internamento e estabelecimento ? _____
7. Qual o código previsto na tabela do Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos, bem como valor atribuído a "K"? _____
_____
8. Equipa Médica/não Médica ? _____

NOME DO MÉDICO: _____	
LOCAL DE CONTACTO: _____	TELEFONE: _____
DATA: ____ / ____ / ____	ASSINATURA: _____