

PREENCHER A CANETA PRETA

Nº CARTÃO N° CLIENTE DATA

TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO | EM CASO DE ACIDENTE JUNTAR O DOCUMENTO INFORMAÇÕES ADICIONAIS

NOME

URGENTE ELECTIVO DOENÇA ACIDENTE AMBULATÓRIO INTERNAMENTO CIRÚRGICO INTERNAMENTO DE MEDICINA

1. DOENÇA

DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS DATA DO DIAGNÓSTICO

DESDE QUANDO É SEU DOENTE?

ETIOLOGIA / ETIOPATOGENIA

2. DIAGNÓSTICO (ICD - 9 CM)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO

3. ACTO(S) MÉDICO(S) (CNVRAM / TABELA MULTICARE)

QUANTIDADE	CÓDIGO	DESCRIPTIVO	%	K / VALOR
	.			
	.			
	.			
	.			
	.			
	.			

4. EXAMES COMPLEMENTARES (JUNTAR SEMPRE CÓPIAS DOS RELATÓRIOS DOS EXAMES IMAGIOLÓGICOS E/OU DE OUTROS RELEVANTES)

UNIDADE HOSPITALAR / INSTITUIÇÃO _____														
LOCALIDADE _____	DATA PREVISTA		D	D	M	M	A	A	A	A	Nº DE DIAS PREVISTO			

EQUIPA MÉDICA	FUNÇÃO

EQUIPA NÃO MÉDICA	FUNÇÃO

[illegible]

O contrato ou operação de seguro a que respeita o presente documento envolve o tratamento de dados relativos à saúde do titular, no âmbito da gestão da relação contratual, utilização da cobertura, gestão de sinistros e, bem assim, processos de renovação e alterações contratuais, aplicando-se ao tratamento desses dados as informações prestadas pelo Segurador.

O Segurador procederá ao tratamento dos dados em questão, para as finalidades indicadas, mediante o consentimento manifestado por assinatura do presente documento.

Nessa medida, mediante a assinatura do presente documento, autoriza-se o Segurador a tratar os dados relativos à saúde do titular dos dados a que respeita o presente documento e para as finalidades especificamente indicadas.

ASSINATURA DO MÉDICO