

1. DADOS DO CLIENTE:

Nome:	N.º do cartão:
E-mail:	N.º de tel. contacto:

2. DIAGNÓSTICO

Desde quando é que segue este Doente?	Qual o médico que lhe referenciou este doente?
Diagnóstico principal	ICD9
Diagnóstico(s) secundário(s)	ICD9
Baseado na sua experiência clínica e na história natural da doença, qual presume ser a data início de manifestação dos sintomas?	

3. HISTÓRIA CLÍNICA

Antecedentes pessoais/ Informação clínica justificativa do(s) procedimento(s)
A patologia é decorrente de acidente? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Em que data __/__/____ [se aplicável anexar descrição detalhada do que originou a lesão]

4. DADOS DO PROCESSO CLÍNICO

Nome do Hospital / Clínica:
Data de início: __/__/____ Ambulatório <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Nº de diárias: _____
Novo pedido <input type="checkbox"/> Continuação de tratamento <input type="checkbox"/>

Nº Sessões	Ato(s) Médico(s) (CNVRAM / Tabela ADV)	Descritivo	Ponderação	Lateralidade		K
				Esq	Dto	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Objetivo clínico do(s) procedimento(s):

Médico responsável pelo plano de tratamentos	
Nome:	
Nº Cédula:	N.º de tel. contacto:
Nº de contribuinte / Entidade para faturação:	Valor de K a considerar: _____ €
Por ser verdade, confirmo que dei conhecimento de toda a informação constante deste impresso ao Doente ou ao seu representante legal.	
Assinatura do médico responsável:	Data: __/__/____

Autorizo o Médico e/ou Hospital a facultar esta e outras informações necessárias à minha Seguradora/Médico representante do meu Plano Privado de Saúde e à AdvanceCare, para efetuar a análise clínica e respetivo enquadramento contratual, subjacente à eventual emissão do termo de responsabilidade, incluindo toda e qualquer informação relativa à faturação destes serviços. Estas informações só podem ser utilizadas no âmbito do meu seguro de saúde/Sistema Privado de Saúde. Por ser verdade, declaro que tomei conhecimento e valido a informação acima descrita.	
Assinatura do Cliente ou seu representante legal:	Data: __/__/____

Deve enviar-nos o(s) documento(s) por uma destas vias:

1. Site www.advancecare.pt: Fale Connosco > Pedidos de Pré-Autorização
2. Fax: 21 322 80 03