

**PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – PARTO**

POR FAVOR PREENCHER EM MAIÚSCULAS

Nome da Grávida:	Comp.Seguros/Plano Privado:
------------------	-----------------------------

Nº do Cartão:	Idade da Grávida:
---------------	-------------------

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO**

1. DOENÇA/DIAGNÓSTICO		
Diagnósticos associados à Gravidez	Data Início Sintomas	ICD-9
	/ /	
	/ /	
	/ /	

2. DADOS RELEVANTES:			
Índice Obstétrico	Idade gestacional (ecográfica)	Data última menstruação	Data provável do Parto
_____	_____	___/___/_____	___/___/_____

História ginecológica pregressa e história obstétrica atual:

3. ADMISSÃO HOSPITALAR	
Nome do Hospital / Clínica:	
Internamento: ___/___/_____ a ___/___/_____	Total Dias de Internamento: .....

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	Assinalar com X	Código de Nomenclatura (Código da Tabela da AdvanceCare ou Ordem Médicos)	K
Parto Vaginal Eutócico			
Parto Vaginal Distócico			
CST			
Outros			

5.EQUIPA CIRÚRGICA: preencher apenas em caso de cirurgia				
Cirurgião	1º Ajudante	Anestesista	Instrumentista	
.....	.....	.....	.....	

6. ANESTESIA	
SIM .....	NÃO .....
Em caso de Cesariana descrever a indicação clínica para o procedimento	

7. MÉDICO RESPONSÁVEL PELO(S) PROCEDIMENTO(S)/CIRURGIA(S)		
Nome:		
Nº de cédula:	Telefone/Tlm:	Fax:
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 da Grávida ou seu Representante Legal:** (preenchimento obrigatório) \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nº telemóvel/telefone: