

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

MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO REALIZADOS: ENVIAR EM ANEXO CÓPIA DO RELATÓRIO DOS MESMOS
Antecedentes pessoais/ Informação clínica justificativa do(s) procedimento(s)

Esta situação é uma recidiva? Não Sim Se sim, qual a data de início de sintomas __/__/__

4. DADOS DO PROCESSO CLÍNICO

Nome do Hospital / Clínica:

Data de Admissão: __/__/__ Ambulatório Internamento N.º de diárias: _____

Novo pedido Continuação de tratamer

Plano de Tratamentos

N.º Ciclos:

1º Tratamento/Sessão	Medicação	Valor estimado:
Data ____/____/____		
2º Tratamento/Sessão	Medicação	Valor estimado:
Data ____/____/____		
3º Tratamento/Sessão	Medicação	Valor estimado:
Data ____/____/____		
4º Tratamento/Sessão	Medicação	Valor estimado:
Data ____/____/____		
5º Tratamento/Sessão	Medicação	Valor estimado:
Data ____/____/____		

Médico responsável pelo plano de tratamentos

Nome:

N.º Cédula: N.º de tel. contacto:

N.º 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