

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 foi o Médico que prescreveu o Meio complementar de diagnóstico?	
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?		
Em caso de Miopia, Astigmatismo ou Hipermetropia, indique nº dioptrias (para oftalmologia) OD: OE:		

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):

A patologia é decorrente de acidente Não Sim Em que data __/__/____ [se aplicável anexar descrição detalhada do que originou a lesão]

4. DADOS DO PROCESSO CLÍNICO

Nome do Hospital / Clínica: Admissão pelo serviço de urgência Não Sim

Ambulatório: Data de Admissão: __/__/____

Quantidade	Ato(s) Médico(s) (CNVRAM / Tabela ADV)	Observações	Ponderação	Região Anatómica	Lateralidade Esq Dto	K
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Utilização de Sala? Sim / Não Tipo de Sala:

Equipa cirúrgica: preencher apenas em caso de cirurgia

Cirurgião..... 1º Ajudante..... Instrumentista..... Anestésista..... Outros.....

Médico responsável pelo(s) procedimento(s)/cirurgia(s)

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