

|  |
| --- |
| **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:  |
| Para mais informações contactar 707 100 131. Este documento deve ser enviado para a morada: Assessoria Clínica – Apartado 8213, 1803-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03 |