

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | | | | | | |