

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 progressiva 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 10 02 07. Este documento deve ser enviado para a morada:
Assessoria Clínica – Apartado 2094, 1102-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03