

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	
Tamanho e localização das lesões:	
Justificação para a excisão das lesões:	

3. HISTÓRIA CLÍNICA

Antecedentes pessoais/ Informação clínica justificativa do(s) procedimento(s)
Esta situação é uma recidiva? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, qual a data de início de sintomas __/__/__
A patologia é decorrente de acidei Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
Data de Admissão: __/__/__	Ambulatório <input type="checkbox"/> Internament <input type="checkbox"/> N.º de diárias: _____

Quantidade	Ato(s) Médico(s) (CNVRAM / Tabela ADV)	Descritivo	Ponderação	Lateralidade		K
				Esq	Dto	
				<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? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Tipo de sala:
---	---------------

Equipa cirúrgica: preencher apenas em caso de cirurgia
Cirurgião <input type="checkbox"/> 1º Ajudante <input type="checkbox"/> 2º Ajudante <input type="checkbox"/> Instrumentista <input type="checkbox"/> Anestésista <input type="checkbox"/> Outros:

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