

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: