

**PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – PARTO**

POR FAVOR PREENCHER EM MAIÚSCULAS

Nome:	Entidade Financiadora:
Nº do Cartão:	Idade:
E-mail:	Nº Telemóvel:

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO

**DOENÇA/DIAGNÓSTICO**

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	ICD-9
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S)	ICD-9

**DADOS RELEVANTES:**

Índice Obstétrico |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|      Idade gestacional (ecográfica)      Data última menstruação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 .....      Data provável do Parto \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO REALIZADOS: ENVIAR EM ANEXO CÓPIA DO RELATÓRIO DOS MESMOS**

História ginecológica pregressa e história obstétrica actual:

**NOME DO HOSPITAL / CLÍNICA:**

Data de Admissão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Internamento .....      Nº diárias: .....

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

Parto Vaginal Eutócico.....	Parto Vaginal Distócico.....
Cesariana.....	Cesariana Após Trabalho de Parto.....

QUANTIDADE	ACTO(S) MÉDICO(S) (CNVRAM / TABELA ADV)	OBSERVAÇÕES	PONDERAÇÃO	REGIÃO ANATÓMICA	LATERALIDADE ESQ    DTO	K
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**EQUIPA CIRÚRGICA:**

 Cirurgião.....      1º Ajudante.....      2º Ajudante.....      Instrumentista.....      Anestésista.....      Parteira.....      Pediatra.....  
 Obstetra.....      Outros.....

Em caso de Cesariana descrever a indicação clínica para o procedimento

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELO(S) PROCEDIMENTO(S)/CIRURGIA(S)**

Nome:		
Nº de Cédula:	Telefone/Tlm:	Fax/E-mail:
Nº de Contribuinte / Entidade para faturação:		

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 Doente ou seu representante legal**      Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

 Para mais informações contactar 707 78 20 60. Este documento deve ser enviado para a morada:  
 Assessoria Clínica – Apartado 2011,1101-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03