

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

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 progressa 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 Anestesta 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: _____