



Dados da Pessoa Segura	
Nome:	N.º do Cartão:
Idade:	Segurador:

Preencher obrigatoriamente pelo/a médico/a

1. Doença/Diagnóstico

Desde quando é que segue este Doente?	Que Médico que lhe referenciou este Doente?
---------------------------------------	---

Diagnósticos	Data Início Sintomas	ICD-9
	___/___/___	
	___/___/___	
	___/___/___	
	___/___/___	

Em caso de Miopia, Astigmatismo ou Hipermetropia, indique o n.º de dioptrias

OE	OD
----	----

Meios Complementares de Diagnóstico realizados: enviar em anexo cópia do relatório dos mesmos

Antecedentes Pessoais / Tratamentos Médicos ou Cirúrgicos já efetuados:

2. Acidente Sim Não

Tipo de acidente: Viação Trabalho Outro Data do acidente: ___/___/___

Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, envie em anexo o descritivo efetuado pelo Doente.

3. Admissão Hospitalar

Nome do Hospital / Clínica:	Internamento: ___/___/___ a ___/___/___
-----------------------------	---

Ambulatório: Data: ___/___/___	Total de dias de Internamento:
--------------------------------	--------------------------------

4. Descrição dos procedimentos previstos	Código de Nomenclatura (Código da Tabela AdvanceCare / Ordem Médicos)	K

Vai colocar uma prótese intra-cirúrgica? Sim / Não	Qual o valor estimado da prótese?	€
--	-----------------------------------	---

5. Equipa Cirúrgica (preencher apenas em caso de cirurgia)

Cirurgião	1.º Ajudante	Anestesista	Instrumentista
-----------------	--------------------	-------------------	----------------------



6. Médico Responsável pelo procedimento/cirurgia

Nome:		
N.º de cédula:	Telefone/Tlm:	Fax
NIF / 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 seguro 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. Por ser verdade, declaro que tomei conhecimento e valido a informação acima descrita.		
Assinatura do Doente ou seu representante legal: (preenchimento obrigatório)		Data: ___/___/___
N.º telemóvel/telefone: _____		
Este documento, depois de preenchido e assinado, deve ser enviado para: Assessoria Clínica – Apartado 2179, 1102-001 Lisboa ou pelo e-mail gestao.medica@advancecare.com . Para informações contacte Linha Vitalplan 808 207 020/210 114 468 ou Linha Valor Saúde 808 207 520 /210 114 486, disponível nos dias úteis das 8h30 às 18h30.		

0125-S102IM.201604-05