



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

Preencher obrigatoriamente pelo/a médico/a

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 progressiva e história obstétrica atual:

3. Admissão Hospitalar

Nome do Hospital / Clínica:

Internamento: ___/___/___ a ___/___/___ Total de dias de Internamento:

4. Descrição dos procedimentos previstos	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 1.º 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:

N.º de cédula: Telefone/Tlm: Fax:

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 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 da Grávida 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.