



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

Preencher obrigatoriamente pelo/a médico/a		
Diagnósticos	Data Início Sintomas	ICD-9
	___/___/___	
	___/___/___	
Meios Complementares de Diagnóstico realizados:	Data	Resultados:
	___/___/___	
	___/___/___	

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, enviar em anexo Formulário de Descrição de Acidente, preenchido pelo Doente.

### 3. Admissão Hospitalar

Nome do Hospital / Clínica:

Ambulatório: Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Internamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 4. Plano de Tratamento

Descrição dos procedimentos previstos	N.º Sessões	Código de Nomenclatura (Código da Tabela AdvanceCare / Ordem Médicos)

Objetivo Clínico do(s) procedimento(s):

### 5. Médico Responsável pelo Plano de Tratamento

Nome:

N.º de contribuinte / Entidade para faturação:

N.º de cédula:

Telefone/Tlm:

Fax:

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](mailto: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.