



**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			
<b>1. DOENÇA/DIAGNÓSTICO</b>			
<b>Diagnósticos associados à Gravidez</b>		<b>Data Início Sintomas</b>	<b>ICD-9</b>
		/ /	
		/ /	
		/ /	
<b>2. DADOS RELEVANTES:</b>			
Índice Obstétrico  _ _ _ _ _	Idade gestacional (ecográfica) .....	Data última menstruação ___/___/___	Data provável do Parto ___/___/___
História ginecológica pregressa e história obstétrica atual:			
<b>3. ADMISSÃO HOSPITALAR</b>			
Nome do Hospital / Clínica:			
Internamento: ___/___/___ a ___/___/___		Total Dias de Internamento: .....	
<b>4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS</b>	<b>Assinalar com X</b>	<b>Código de Nomenclatura (Código da Tabela da AdvanceCare ou Ordem Médicos)</b>	<b>K</b>
Parto Vaginal Eutócico		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
Parto Vaginal Distócico		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
CST		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
Outros		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
<b>5.EQUIPA CIRÚRGICA:</b> preencher apenas em caso de cirurgia			
Cirurgião .....	1º Ajudante .....	Anestesista .....	Instrumentista .....
<b>6. ANESTESIA</b>			
SIM .....		NÃO .....	
Em caso de Cesariana descrever a indicação clínica para o procedimento			
<b>7. MÉDICO RESPONSÁVEL PELO(S) PROCEDIMENTO(S)/CIRURGIA(S)</b>			
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.			
<b>Assinatura do Médico Responsável:</b>			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.			
<b>Assinatura da Grávida ou seu Representante Legal:</b> (preenchimento obrigatório)			Data: ___/___/___
Nº telemóvel/telefone:			