

PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – PARTO

POR FAVOR PREENCHER EM MAIÚSCULAS

| | |
|---------------|------------------------|
| Nome: | Entidade Financiadora: |
| Nº do Cartão: | Idade: |
| E-mail: | Nº Telemóvel: |

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO
DOENÇA/DIAGNÓSTICO

| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | ICD-9 |
|------------------------------|-------|
| | |
| DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S) | ICD-9 |
| | |
| | |

DADOS RELEVANTES:

Índice Obstétrico |__|__|__|__| Idade gestacional (ecográfica) Data última menstruação ____/____/____
 Data provável do Parto ____/____/____

MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO REALIZADOS: ENVIAR EM ANEXO CÓPIA DO RELATÓRIO DOS MESMOS

História ginecológica pregressa e história obstétrica actual:

NOME DO HOSPITAL / CLÍNICA:

Data de Admissão ____/____/____ Internamento Nº diárias:

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

| | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| Parto Vaginal Eutócico..... | Parto Vaginal Distócico..... |
| Cesariana..... | Cesariana Após Trabalho de Parto..... |

| QUANTIDADE | ACTO(S) MÉDICO(S) (CNVRAM / TABELA ADV) | OBSERVAÇÕES | PONDERAÇÃO | REGIÃO ANATÓMICA | LATERALIDADE ESQ DTO | K |
|------------|--|-------------|------------|------------------|---|---|
| | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

EQUIPA CIRÚRGICA:

 Cirurgião..... 1º Ajudante..... 2º Ajudante..... Instrumentista..... Anestésista..... Parteira..... Pediatra.....
 Obstetra..... Outros.....

Em caso de Cesariana descrever a indicação clínica para o procedimento

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO(S) PROCEDIMENTO(S)/CIRURGIA(S)

| |
|---|
| Nome: |
| Nº de Cédula: Telefone/Tlm: Fax/E-mail: |
| Nº de Contribuinte / Entidade para faturação: |

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 do Doente ou seu representante legal Data: ____/____/____

 Para mais informações contactar 707 78 20 60. Este documento deve ser enviado para a morada:
 Assessoria Clínica – Apartado 2011,1101-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03