



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 progressa 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..... Anestesista..... 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