

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 | | | |
| 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 progressa e história obstétrica atual: | | | |
| 3. ADMISSÃO HOSPITALAR | | | |
| Nome do Hospital / Clínica: | | | |
| Internamento: ____/____/____ a ____/____/____ | | Total Dias de Internamento: | |
| 4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS | 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 | 1º 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: | | | |
| 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. | | | |
| 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 da Grávida ou seu Representante Legal: (preenchimento obrigatório) | | | Data: ____/____/____ |
| Nº telemóvel/telefone: | | | |