

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 pregressa 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:			