REAL VIDA SEGUROS

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:

Para mais informações contactar 707 100 131. Este documento deve ser enviado para a morada:
Assessoria Clínica – Apartado 8213, 1803-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03