

**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 progressiva 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: \_\_\_\_\_