# PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – PARTO

POR FAVOR PREENCHER EM MAIÚSCULAS

| | |
|---|---|
| Nome: | |
| Nº do Cartão: | Idade: |
| E-mail: | Nº Telemóvel: |

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO

**Diagnóstico**

| | |
|---|---|
| Desde quando é que segue a grávida? | Qual foi o Médico que lhe referenciou a grávida? |

| **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: anexar cópia do relatório dos mesmos**

História ginecológica pregressa e história obstétrica atual:

**Nome do Hospital / Clínica:** **Admissão pelo serviço de urgência** ☐

Data de Admissão ____/____/_____ Internamento ☐ Nº diárias: .....

**Descrição do procedimento:**

| | |
|---|---|
| Parto vaginal eutócico ☐ | Parto vaginal distócico ☐ |
| Cesariana ☐ | Cesariana após trabalho de parto ☐ |

| Quantidade | Ato(s) Médico(s) (CNVRAM / Tabela ADV) | Observações | Ponderação | Região Anatómica | Lateralidade Esq | Lateralidade Dto | K |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ☐ | ☐ | |
| | | | | | ☐ | ☐ | |
| | | | | | ☐ | ☐ | |
| | | | | | ☐ | ☐ | |

**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: | | Valor de K a considerar: ____,__€ |

Por ser verdade confirmo que dei conhecimento de toda a informação constante deste impresso à grávida 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** Data: _____/_____/_____

Para mais informações contactar 707 78 20 50.

Este documento deve ser enviado para a morada: Assessoria Clínica – Apartado 2245, 1102-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03

Os campos em destaque são de preenchimento obrigatório