

**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	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Parto Vaginal Distócico	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
CST	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Outros	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

**5. EQUIPA CIRÚRGICA:** preencher apenas em caso de cirurgia

Cirurgião ..... 1º Ajudante ..... Anestésista ..... 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