

**1. DADOS DA CLIENTE:**

Nome:	N.º do cartão:
E-mail:	N.º de tel. contacto:

**2. DIAGNÓSTICO**

Desde quando é que segue a grávida?	Qual o médico que lhe referenciou a grávida?
Diagnóstico principal	ICD9
Diagnóstico(s) secundário(s)	ICD9
Índice Obstétrico  __ __ __ __	Data da última menstruação __/__/__
Idade gestacional (ecográfica): _____	Data provável do parto __/__/__

**3. HISTÓRIA CLÍNICA**

História ginecológica progressa e história obstétrica atual:

**4. DADOS DO PROCESSO CLÍNICO**

Nome do Hospital / Clínica: \_\_\_\_\_ Admissão pelo serviço de urgência Não  Sim

Data de Admissão: \_\_/\_\_/\_\_ Ambulatório  Internament  N.º de diárias: \_\_\_\_\_

Quantidade	Ato(s) Médico(s) (CNVRAM / Tabela ADV)	Descritivo	Ponderação	Lateralidade		K
				Esq	Dto	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Em caso de cesariana descrever a indicação clínica para o procedimento:

Equipa cirúrgica:

Cirurgião  1º Ajudante  2º Ajudante  Instrumentista  Anestesista  Outros: \_\_\_\_\_

Médico responsável pelo(s) procedimento(s)/cirurgia(s)

Nome: \_\_\_\_\_

N.º Cédula: \_\_\_\_\_ N.º de tel. contacto: \_\_\_\_\_

N.º 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 Cliente ou seu representante legal: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Deve enviar-nos o(s) documento(s) por uma destas vias:

1. Site [www.advancecare.pt](http://www.advancecare.pt): Fale Connosco > Pedidos de Pré-Autorização
2. Fax: 21 322 80 03