

PEDIDO DE PRÉ-AUTORIZAÇÃO
INTERNAMENTOS HOSPITALARES E TRATAMENTOS AMBULATÓRIOS
SEGURO DE SAÚDE

Apólice	
Aderente Nº	

1. PESSOA SEGURA (Informação a ser preenchida pela Pessoa Segura)

Tomador do Seguro												
Pessoa Segura												
Contactos de esclarecimentos adicionais:	Telefone						Telemóvel					
E-mail												

2. TIPO DE PRÉ-AUTORIZAÇÃO (Informação a ser preenchida pelo Médico)

<input type="checkbox"/> Hospitalização	<input type="checkbox"/> Intervenção cirúrgica grande	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Terapia da fala	<input type="checkbox"/> Tratamento da dor crónica
<input type="checkbox"/> Intervenção cirúrgica pequena	<input type="checkbox"/> Parto	<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Laserterapia

3. DIAGNÓSTICO (Informação a ser preenchida pelo Médico)

Desde quando a Pessoa Segura é sua doente?		/		/		Qual o médico que referenciou?					
Nome do Hospital/Clinica											
Diagnósticos						Data de início de sintomas			ICD-9		
Antecedentes pessoais/ tratamentos médicos ou cirúrgicos já efetuados:											
Em caso de Miopia, Astigmatismo ou Hipermetropia, deve indicar o número de dioptrias:	OE:				OD:						

4. ACIDENTE (Preencher apenas em caso de acidente)

Data de ocorrência do acidente:		/		/		Tipo de acidente: Viação	<input type="checkbox"/> Trabalho	<input type="checkbox"/> Outro			
Descrição sucinta do acidente											
Lesões resultantes											

5. HOSPITALIZAÇÃO/TRATAMENTOS

5.1 HOSPITALIZAÇÃO											
Programa	<input type="checkbox"/> Urgência	<input type="checkbox"/> Nome do Hospital ou Clínica									
Duração prevista do internamento de		/		/		a		/		/	Nº dias
Equipa cirúrgica: Cirurgião	<input type="checkbox"/> 1º Ajudante	<input type="checkbox"/> Anestesta	<input type="checkbox"/> Instrumentista	<input type="checkbox"/> Parteira							
Descrição dos procedimentos previstos						Código de nomenclatura			"K"		
Vai colocar uma prótese intra-cirúrgica?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vai colocar uma prótese intra-cirúrgica?								
5.2 TRATAMENTOS											
Plano de tratamento:						Nº de Sessões			Código de nomenclatura		
Descrição											
Objetivo Clínico											

6. OBSERVAÇÕES

Médico Responsável (A preencher pelo Médico responsável pelo Internamento Hospitalar, plano de tratamento ou realização do exame):											
Nome completo											
Telefone de contacto				Nº cédula profissional				N.I.F			
E-mail											
Morada											
Data		/		/							
(Assinatura do Médico)											

WEBDOC VSAUD 02.13