

Allianz Saúde

Pré-Autorização

Produto _____ Apólice _____ Adesão _____
 Member ID - nº constante no cartão AZP _____ Telefone de contacto _____
 Nome do doente* _____ NIF do doente* _____
 E-mail _____

Autorizo o meu médico a facultar estas e outras informações necessárias à Allianz Portugal e à Gestora de Serviços de Saúde, incluindo informações sobre toda e qualquer facturação relacionada com os serviços abaixo descritos. Todos estes dados serão tratados com confidencialidade e não poderão ser alvo de utilização fora do âmbito do seguro de saúde.

Assinatura

Data _____

A informação seguinte deverá ser preenchida pelo médico (em maiúsculas):

Esta Pré-Autorização é relativa ao(s) seguinte(s) ato(s) médico(s): Hospitalização e Cirurgia Gravidez e Parto
 Tratamentos Meios Auxiliares de Diagnóstico

Nota: Só são emitidos Termos de Responsabilidade para situações de Hospitalização, Cirurgia, Quimioterapia e Parto. Por favor envie este documento para o e-mail: saude.autorizacoes@allianz.pt ou por via postal para: Companhia de Seguros Allianz Portugal, S.A. - Rua Andrade Corvo, 32 · 1069 - 014 Lisboa. Para mais informações, contactar A Allianz Portugal através do 213 165 300.

1. Diagnóstico

Segue o doente desde quando? _____ Qual foi o médico que o referenciou? _____

Diagnósticos* _____ Descrição _____ Data de início dos sintomas* _____ ICD-9* _____

Principal _____

Outros _____

Meios complementares de diagnóstico já realizados

Tipo _____ Data _____ Resultados (anexar cópias dos relatórios dos mesmos) _____

Antecedentes pessoais/tratamentos médicos ou cirúrgicos já efectuados _____

2. Hospitalização, Cirurgia e Tratamentos

2.1. Admissão Hospitalar

Admissão: Programada Urgência Nome do Hospital/Clínica _____

Localidade _____ NIF do Prestador* _____

Previsão do período de internamento hospitalar: Total de _____ dias, De _____ a _____

2.2. Acidente

Os ferimentos resultaram de acidente? Sim Não Tipo de acidente: Viação Trabalho Outros Data _____

Por favor, descreva os ferimentos _____

2.3. Cirurgia e Parto Constituição da

equipa cirúrgica:* Cirurgião 1º Ajudante 2º Ajudante Anestesta Instrumentista Parteira Outro

2.4. Equipa Cirúrgica*

Nome _____ N° cédula profissional _____ Nome _____ N° cédula profissional _____

Nota: a ausência de preenchimento dos campos assinalados com * impede a criação e seguimento do pedido de autorização. Por favor preencha-os.

2.5. Procedimentos Previstos

Descrição	Código de nomenclatura* K
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Valor de K € _____, Apenas será considerado o valor de K constante das Condições Contratuais do Seguro.

3. Gravidez e Parto

3.1. Dados Relevantes

Gesta _____, Para _____, Gravidez actual - semanas (ECO) _____, Data provável do parto _____

3.2. Cesariana Electiva ou Cirurgia Associada a Gravidez ou Parto

Descreva a indicação clínica do procedimento, fornecendo registos médico-cirúrgicos e obstétricos actuais e/ou progressos detalhados em anexo

4. Tratamentos

4.1. Plano de Tratamento

Descrição	N.º Sessões	Código de nomenclatura*
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Objectivo clínico dos procedimentos _____

5. Meios Auxiliares de Diagnóstico

5.1. Centro de Diagnóstico

Data _____, Nome do Hospital/Clinica _____

Localidade _____, País _____

Regime requisitado*: Internamento Ambulatório Domicílio

5.2. Procedimentos Previstos

Descrição	Código de nomenclatura* C K
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Objectivo da realização do exame _____

Observações:

Médico Responsável (chefe de equipa: responsável pelo internamento hospitalar, planos de tratamento ou realização de exames):

Nome completo _____

E-mail _____, NIF _____

Telefone _____, Telemóvel _____, N.º cédula profissional _____

Data _____, Assinatura* _____

Nota: a ausência de preenchimento dos campos assinalados com * impede a criação e seguimento do pedido de autorização. Por favor preencha-os.