

- 1) Sempre que possível, juntar a este formulário cópia de relatórios de exames auxiliares de diagnóstico relevantes face ao diagnóstico apresentado.  
2) Em caso de acidente indicar uma pequena descrição e a data em que ocorreu.

**1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA** (informação a ser preenchida pela pessoa segura)

Nome do doente \_\_\_\_\_

Tel./Tlm. \_\_\_\_\_ Idade do doente \_\_\_\_\_

Nº do Cartão \_\_\_\_\_

Autorizo o meu médico, a facultar estas e outras informações necessárias, para documentar o processo. Todos estes dados serão tratados com confidencialidade e não poderão ser alvo de utilização, fora do âmbito do seguro de saúde.

Data \_\_\_\_\_

(Assinatura e Autorização da Pessoa Segura)

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Genética Médica       | <input type="checkbox"/> Polissonografia                                     |
| <input type="checkbox"/> Ressonância Magnética | <input type="checkbox"/> Embolização arterial                                |
| <input type="checkbox"/> TAC                   | <input type="checkbox"/> Amniocentese  |
| <input type="checkbox"/> Arteriografia         | <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear                                    |
| <input type="checkbox"/> Angiografia           | <input type="checkbox"/> Exames com recurso a sedo analgesia/anestesia geral |

**3. MEIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO** (Informação a ser preenchida pelo Médico)

Data \_\_\_\_\_ Nome do Hospital/Clinica \_\_\_\_\_

Regime requisitado:  Internamento  Ambulatório

**Procedimento previsto**

Descrição: \_\_\_\_\_ Código de nomenclatura C K

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Objetivo da realização do exame: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Diagnóstico**

Descrição Diagnóstico ICD'9: \_\_\_\_\_ Código Diagnóstico ICD'9: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data de início dos sintomas \_\_\_\_\_ Data do diagnóstico \_\_\_\_\_

**4. OBSERVAÇÕES**

**Médico Responsável**

Nome completo \_\_\_\_\_

Telefone de contacto \_\_\_\_\_ Nº cédula profissional \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

(Assinatura do Médico)