

## Pré-Autorização

Member ID - nº constante no cartão AZP	Produto	Apólice	Adesão
Nome do doente			Telefone de contacto
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) acto(s) médico(s):

☐ Hospitalização e Cirurgia      ☐ Gravidez e Parto      ☐ Tratamentos      ☐ Meios Auxiliares de Diagnóstico  
Preencher os campos 1, 2 e 7      Preencher os campos 1, 3 e 7      Preencher os campos 1, 4 e 7      Preencher os campos 1, 5 e 7

**Nota:** Só são emitidos termos de responsabilidade para situações de Hospitalização, Cirurgia e Parto.  
Para mais informações, contactar o telefone **808 286 286**.  
Por favor envie este documento pelo fax 213 228 002 ou por via postal para: Companhia de Seguros Allianz Portugal, S.A. - Apartado 1120 - 1053-001 Lisboa

## 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 mesmos)

Antecedentes pessoais/tratamentos médicos ou cirúrgicos já efectuados:


## 2. Hospitalização e Cirurgia

## 2.1. Acidente

Os ferimentos resultaram de acidente de: ☐ Viação ☐ Trabalho ☐ Outros      Data do acidente: \_\_\_\_\_

Por favor, descreva os ferimentos:


## 2.2. Admissão hospitalar

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

Localidade: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Previsão do período de internamento hospitalar: \_\_\_\_\_ Total de dias: \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

## 2.3. Cirurgia - assinala a constituição da Equipa Cirúrgica

☐ Cirurgião      ☐ 1º Ajudante      ☐ 2º Ajudante      ☐ Anestesta      ☐ Instrumentista

## 2.4. 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
História obstétrica pregressa			
História médica/ginecológica pregressa			
História obstétrica actual			
Conclusões relevantes da última ecografia ou outros exames complementares de diagnóstico			
Conclusões relevantes do último exame obstétrico			

#### 3.2. Admissão hospitalar

Data:	Nome do Hospital/Clinica:
Localidade:	País:
Previsão do período de internamento hospitalar:	Total de dias: De a

#### 3.3. Procedimentos previstos

Descrição	Código de nomenclatura	K

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

#### 3.4. Cesariana electiva ou cirurgia associada a gravidez ou parto

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

#### 3.5. Cirurgia - assinale a constituição da Equipa Cirúrgica

<input type="checkbox"/> Obstetra	<input type="checkbox"/> Ajudante	<input type="checkbox"/> Anestesta	<input type="checkbox"/> Instrumentista
-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	---

#### 4. Tratamentos

##### 4.1. Acidente

Os ferimentos resultaram de acidente de:	<input type="checkbox"/> Viação	<input type="checkbox"/> Trabalho	<input type="checkbox"/> Outros	Data do acidente:
--	---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	-------------------

Por favor, descreva os ferimentos:

##### 4.2. Admissão hospitalar

Data:	Nome do Hospital/Clinica/Centro:		
Localidade:	País:		
Regime requisitado:	<input type="checkbox"/> Internamento	<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input type="checkbox"/> Domicílio

##### 4.3. Plano de tratamento

Descrição	Nº sessões	Código de nomenclatura

Objectivo clínico dos procedimentos:



### 5.1. Acidente

☐ Viacão☐ Trabalho☐ Outros

| Data do acidente:

Por favor, descreva os ferimentos:

## 5.2. Centro de diagnóstico

Data:

Nome do Hospital/Clinica/Centro:

Regime requisitado:

☐ Internamento☐ Ambulatório☐ Domicílio

### 5.3. Procedimientos previstos

#### Descrição

Código de nomenclatura

C

K

Objectivo da realização do exame:

## 6. Observações

7. **Médico Responsável** - Chefe de Equipa: responsável pelo internamento hospitalar, planos de tratamento e realização de exames

Nome

Nº cédula profesional

Contribuinte	Contribuție
1	100
2	100
3	100
4	100
5	100
6	100
7	100
8	100
9	100
10	100
11	100
12	100
13	100
14	100
15	100
16	100
17	100
18	100
19	100
20	100
21	100
22	100
23	100
24	100
25	100
26	100
27	100
28	100
29	100
30	100
31	100
32	100
33	100
34	100
35	100
36	100
37	100
38	100
39	100
40	100
41	100
42	100
43	100
44	100
45	100
46	100
47	100
48	100
49	100
50	100
51	100
52	100
53	100
54	100
55	100
56	100
57	100
58	100
59	100
60	100
61	100
62	100
63	100
64	100
65	100
66	100
67	100
68	100
69	100
70	100
71	100
72	100
73	100
74	100
75	100
76	100
77	100
78	100
79	100
80	100
81	100
82	100
83	100
84	100
85	100
86	100
87	100
88	100
89	100
90	100
91	100
92	100
93	100
94	100
95	100
96	100
97	100
98	100
99	100
100	100

Telephone

Fax

Telemóvel

Assinatura

Data