

Allianz Saúde

Pré-Autorização

Produto _____ Apólice _____ Adesão _____
 Member ID - nº constante no cartão AZP _____ Telefone de contacto _____
 Nome 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) acto(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 pelo fax 210 018 781, 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 o telefone 213 108 300 Linha Allianz Saúde.

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 _____ País _____

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 ☐ Anestésista ☐ Instrumentista ☐ Parteira ☐ Outro

2.4. Equipa Cirúrgica

Nome	Nº cédula profissional	Nome	Nº cédula profissional
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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 _____ Fax _____ Telemóvel _____

Nº cédula profissional _____ Data _____ Assinatura _____